UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DES LETTRES

L'ESTHÉTIQUE DU PATHOLOGIQUE

THÈSE COMPLÉMENTAIRE
PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT ÈS LETTRES

PAR

GABRIEL DESHAIES
Ex-chef de Clinique à la Faculté de Paris
Médecin des Hôpitaux psychiatriques
Licencié ès Lettres

PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

L'ESTHÉTIQUE DU PATHOLOGIQUE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DES LETTRES

L'ESTHÉTIQUE DU PATHOLOGIQUE

THÈSE COMPLÉMENTAIRE
PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT ÈS LETTRES

PAR

GABRIEL DESHAIES
Ex-chef de Clinique à la Faculté de Paris
Médecin des Hôpitaux psychiatriques
Licencié ès Lettres

PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE
108, Boulevard Saint-Germain, PARIS

1947

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

INTRODUCTION

Rien de ce qui est esthétique n'est étranger aux gens cultivés, ou qui pensent l'être. Le psychologue s'y intéresse, l'esthéticien s'en gave, le médecin même a son mot à dire et parfois apporte quelque nouveauté, comme nous espérons y parvenir dans le présent ouvrage.

Si l'esthétique imprègne à peu près toutes choses, même morbides, le Pathologique à son tour pénètre l'Esthétique de bien des manières, et le cadre est vaste qui délimite d'une part l'Esthétique du pathologique, d'autre part le Pathologique de l'esthétique. Beauté et maladie nourrissent entre elles des rapports beaucoup plus riches et beaucoup plus complexes que ne le suppose l'opinion courante, malgré les jugements superficiels ou les simples préjugés par lesquels d'un voile pudique elle masque les problèmes qu'elle ne sait résoudre. Ces rapports présentent au moins quatre aspects distincts exigeant autant d'études différentes : le pathologique dans l'art sain, le pathologique dans l'art morbide, l'esthétique du pathologique en soi, l'esthétique médicale.

Dans l'art normal apparaissent parfois sous le pinceau, la plume ou le ciseau, des formes morbides auxquelles l'artiste semble s'être attaché soit pour leur valeur de repoussoir, soit pour leur difficulté technique, soit pour leur valeur expressive.

Les Possédés du « Saint-Ignace » de Rubens (à Vienne), *L'Exorcisé* de Goya, *Le Pied bot* de Ribera, *Les Estropiés* de Breughel, *Les Polichinelles* en terre cuite de Myrina, les hauts-reliefs en cire de Zumbo, *L'Assommoir* de Zola, *Les Fleurs du Mal* de Beaudelaire, *Le Salavin* de Duhamel,

en sont quelques exemples pris au hasard. Cela peut permettre d'apprécier le souci d'exactitude de l'auteur et la virtuosité de son talent. Une esthétique du laid, trop souvent ignorée ou mal comprise, pourrait y trouver matière intéressante. Créer de la beauté avec de la laideur marque une réussite artistique chez l'auteur, un raffinement critique chez l'amateur. Utilisé avec sa valeur naturelle, le fait morbide peut encore être esthétiquement interprété par ignorance ou méconnaissance intentionnelle de sa réelle qualité. Le bégaiement comique de Brid'Hoison, le délire de Don Quichotte, rejoignent la pâleur chlorotique des blondes héroïnes de 1900, les beaux mollets de la myopathie hypertrophiante, le regard tragique de la maladie de Basedow. Des artistes pourraient heureusement s'inspirer des nuances de certains tons cadavériques, de l'aspect vraiment ornemental de certaines coupes histo-pathologiques, de la pantomime des aliénés, en les transposant sur un thème convenable.

L'art *morbide*, ou les éléments morbides d'une œuvre, posent le problème tant débattu des rapports du génie et de la folie, dont on ne saurait s'étonner qu'il ne fût pas encore très bien résolu quand on s'avise qu'il accouple deux termes plutôt mal définis pour la plupart de ceux qui les emploient. Il faudrait sérier les questions et ne pas confondre au départ les œuvres des psychopathes qui n'étaient pas auparavant artistes, avec les œuvres des artistes devenus tardivement aliénés, ni avec celles des psychopathes devenus malgré tout artistes. Les expériences morbides vécues par l'artiste influent sur l'œuvre mais ne font pas l'œuvre, encore moins le chef-d'œuvre. Les rapports de *L'Idiot* avec Dostoïewski ne se réduisent pas à ceux de l'auteur avec l'épilepsie, et diffèrent des relations de la névrose de Pascal et de la démence de Nietzsche avec leurs œuvres. De ce que les schizophrènes témoignent d'un double sens décoratif et symbolique, comme le souligna justement J. Vinchon, il ne s'ensuit nullement que sym-

bolisme et attrait décoratif se réduisent à une dissociation intellectuelle. Une œuvre morbide peut même être d'une désolante banalité ; tandis que les plus extravagants cubistes, futuristes, surréalistes peuvent être mieux équilibrés que le plus bourgeois de leurs détracteurs... ou admirateurs. Les conceptions simplistes ou arbitraires à la manière de Lombroso ou de Max Nordau sont aujourd'hui périmées au profit d'une étude concrète et totale de l'artiste et de ses œuvres, associant selon les besoins la psychopathologie, la psychologie et la sociologie.

L'étude fort importante du pathologique dans l'art sain et dans l'art morbide, centrée sur les rapports de l'artiste et de son œuvre, n'épuise pourtant pas la question. Personne à notre connaissance ne s'est jusqu'alors soucié de l'aspect naturel du pathologique vu dans la perspective médicale et néanmoins qualifiable esthétiquement. Affirmer l'existence d'une *beauté du pathologique* comme tel, d'une beauté de la maladie alors qu'on l'assimile couramment au laid, paraîtra de prime abord une gageure, un paradoxe, relevant peut-être pour quelques-uns de la pathologie de l'esthétique, voire de la psychiatrie. Or, cette première impression tient à l'ignorance du sujet que nous entendons précisément traiter ici sous le titre d'*Esthétique du Pathologique*. L'assonance dysphonique de ces deux termes nous a paru devoir céder le pas à leur valeur logique. En effet, l'esthétique comme science, déborde le beau, que A.-G. Baumgarten — le créateur du terme — donnait trop étroitement comme seul objet sensible, et nous aurons à considérer autre chose que la beauté proprement dite. D'autre part, pathologique pris substantivement possède le sens général de « quelque chose de malade », et par suite convient mieux que maladie, de signification plus précise et plus étroite dans le langage médical, et que morbide, plus évanescent, moins technique. Toutefois, un minimum de souci littéraire nous obligera parfois à employer morbide et maladie comme synonymes de pathologique, sans

ambiguïté. En ce sens singulier, l'esthétique du pathologique mérite une étude positive ; son point de départ est d'ordre expérienciel, *a posteriori*, son point de vue est essentiellement psychologique, ses résultats auront certes des conséquences doctrinales sans qu'il fût dans nos ambitions de construire une nouvelle théorie de l'esthétique. C'est là un aspect nouveau dont l'intérêt ne saurait échapper à qui se montre curieux d'art et de psychologie.

Apparenté à notre thèse, mais bien distinct, serait un autre aspect également nouveau des rapports médico-esthétiques que nous appellerons l'*Esthétique médicale*. Il ne s'agit pas de la « chirurgie esthétique » qui s'attache à « réparer des ans l'irréparable outrage », et de laquelle on put craindre un moment qu'elle ne fît à tout le monde un nez grec ou un profil romain. Il s'agit de l'esthétique des procédés médicaux utilisés pour reconnaître et traiter la maladie. Un sentiment de beauté se dégage de certaines opérations chirurgicales dont les actes rituels s'enchaînent et prennent le caractère sacré d'une messe. Beaucoup de chirurgiens l'éprouvent et parfois l'écrivent. Citons J.-L. Faure : « plusieurs éléments peuvent concourir à donner à une opération un cachet de véritable beauté : le soin, la précision, la délicatesse avec laquelle elle est faite, l'élégance et l'originalité des procédés employés, le sentiment de sécurité que donne une exécution parfaite, l'adresse du chirurgien et la rapidité avec laquelle il opère, la gravité même de l'opération et le sentiment qu'elle peut à tout moment se terminer par une catastrophe soudaine, tout, jusqu'à l'horreur de certaines interventions sur la face et sur les mâchoires, qui donne à ces opérations sanglantes une sorte de grandeur tragique » (II, 18). Le rituel de l'examen médical au cours duquel se déroulent solennellement inspection, palpation, percussion, auscultation, recherche des réflexes oculaires, cutanés, tendineux, etc., possède également sa beauté. Notre maître, le Pr H. Mondor, dit fort bien à propos de la recherche du

signe capital de la contracture dans les péritonites aiguës : « J'ai vu des palpers admirables de perfection, de subtilité ; le geste du médecin est plus beau, alors, que tous les gestes : la vue de dix doigts à la recherche d'une vérité si grave et parvenant à la découvrir, à force de patiente exploration et de talent tactile, est un des moments où la grandeur de notre profession apparaît. » (II). Ce serait la beauté de la technique médicale dans ses gestes concrets, matérialisés, l'esthétique d'une technique qui peut être médicale aussi bien que physico-chimique, mathématique, littéraire, plastique ou musicale. Une étude particulière devrait y être consacrée, qui sort du cadre que nous nous sommes ici tracé.

Seule nous retiendra donc l'Esthétique du pathologique proprement dite, qui va nous conduire à étudier le « beau cas » médical, la notion de pathologique, les conditions anesthétiques et l'attitude esthétique corrélatives. Si, pour sa modeste part, ce travail pouvait apporter quelque contribution à l'esthétique psychologique et à l'esthétique générale, nos vœux seraient largement comblés.

Chapitre Premier

LE BEAU CAS MÉDICAL

§ 1. Qu'est-ce qu'un « beau cas » ?

I. — Beauté suppose santé, maladie implique laideur. Prétendre le contraire révolterait comme un paradoxe immoral ou choquerait comme une plaisanterie de mauvais goût. Tel est le jugement général, traditionnel, respectable et respecté presque partout, sauf dans un domaine spécial que l'on peut dire privilégié, le domaine médical. Là ne règne plus la formule banale ; on y parle quasiment une autre langue, qui possède aussi ses titres de noblesse et sa valeur expressive.

Au lit du malade, sur la table d'autopsie, sous le microscope ou devant une publication, le médecin très souvent s'exclame, émerveillé : « voilà un beau cas ! ». Beau cas ! cela sonne mal aux oreilles profanes. Le malade ne s'en trouve guère flatté ; à moins que, chevronné, un tantinet hypocondriaque, il ne s'enorgueillisse d'une maladie qui lui confère de l'importance et ne l'exhibe avec autant de plaisir que d'ostentation. Le médecin par contre emploie couramment cette expression sans y réfléchir davantage, alors qu'elle témoigne d'une attitude d'esprit particulière. Elle remonte probablement à Hippocrate, mais il faudrait de longues recherches d'érudition pour fixer ce point d'histoire de la langue, dont l'importance ne répondrait sans doute pas au labeur fourni. Léguée par nos anciens et d'âge en âge transmise, cette expression verbale s'avère aussi indépendante des lieux que des temps

et fleurit aussi bien à l'École de Montpellier ou de Strasbourg qu'à celle de Paris. Il convient de rechercher ce qu'elle peut signifier.

II. — Si l'on considère les circonstances variées dans lesquelles il se constitue et les états d'esprit qu'il exprime, on reconnaît aisément que le « beau cas » possède des sens multiples et divergents, séparables d'emblée en deux groupes selon qu'ils s'entendent au propre ou au figuré.

Au sens *figuré*, le plus riche, mais le moins original, il s'agit de métaphores. On sait combien le langage médical s'agrémente, à côté de sévères et savants vocables gréco-latins, de locutions vulgaires, très concrètes, très expressives, empruntées notamment à la morphologie animale (facies léonin, cœur de bœuf), au vocabulaire artisanal (bruit de rouet, thorax en carène, roue dentée) ou culinaire (expectoration gelée de groseilles, jus de pruneaux), par un évident processus de transposition analogique. Aussi n'est-il pas étonnant que l'esthétique ait apporté sa contribution ; le « drame abdominal », le « joli cas », le « beau cas » en sont des exemples. Celui-ci répond tantôt à un sens surtout rationnel, tantôt à un sens surtout affectif.

Au sens *rationnel*, il peut exprimer trois sortes d'intérêt. Soit l'intérêt purement *scientifique* du cas, qui met en lumière telle difficulté clinique, pose tel problème ou propose telle solution diagnostique, pathogénique ou thérapeutique ; c'est le cas compliqué, curieux, crucial, énigmatique, intéressant, qui stimule la curiosité, enrichit la science, sape une vieille théorie, en suscite une nouvelle. Soit l'intérêt *pédagogique* du cas, clair, précis, complet, qui sert de modèle ou d'illustration à l'usage des étudiants jeunes et vieux. Soit l'intérêt simplement *utilitaire* du cas à publier, pure occasion d'une publication personnelle dont certains se montrent friands à l'excès, désireux qu'ils sont d'augmenter le nombre de leurs travaux en vue d'un concours ou de voir leur nom toujours imprimé par vanité

d'auteur et désir publicitaire. Ces trois sortes d'intérêt : scientifique, pédagogique, utilitaire peuvent naturellement s'associer, ce qui renforce d'autant la valeur du cas aux yeux de celui qui l'a qualifié beau.

Au sens *affectif*, le beau cas prend au moins trois nuances différentes. Nuance d'*orgueil*, lorsqu'il révèle le sens clinique du praticien, la valeur de son diagnostic ou de son intelligence ; c'est le cas qui extériorise le succès, la puissance, la personnalité du médecin, la finesse de son art médical ; le grand consultant débrouillant en un clin d'œil le cas sur lequel les autres perdirent tristement leur latin. Nuance *ironique*, rare d'ailleurs : on dit beau cas comme on dirait d'un malheureux qu'il est dans de beaux draps ; c'est le cas embarrassant, le cas à complications, à ennuis, « la tuile », et souvent l'ironie s'adresse à un tiers confrère, camarade d'études empêtré dans une « sale histoire ». Nuance d'*étonnement*, le début de la science d'après Aristote, quand il y a émotion de surprise, éveil de curiosité ; cet étonnement peut aller jusqu'à l'admiration, qui chemine sur la route de Paros.

Le passage s'opère alors du sens figuré au sens *propre*, c'est-à-dire au sens esthétique de l'expression, qui en représente peut-être l'origine à la fois historique et psychologique. Toute métaphore obéit à un certain déterminisme qui préside à sa naissance et à son évolution. La transposition n'est possible, ou du moins valable, que s'il existe un rapport d'analogie, autrement dit une identité partielle, une continuité, dans l'esprit sinon dans les choses. M. Griveau put ainsi chercher dans le langage les éléments du beau. Tout état suffisamment répété de la pensée finit par trouver son symbole verbal ; les délirants hallucinés, cénestopathes, créent ainsi des néologismes afin de traduire l'étrangeté de leurs impressions. La métaphore suppose le sens propre initial et, en l'occurrence, celui-ci s'appliquait au fait médical même. Ce fut l'étonnement, l'admiration suscités par certains cas qui en motivèrent

la qualification esthétique, et cela put se produire parce qu'il y eut à la base un sentiment esthétique du pathologique. Ce n'est pas le mot qui fit la chose ; la qualité de ce sentiment est certifiée par l'expérience intime que chacun de nous peut en avoir s'il se trouve dans les conditions requises. Question de fait, primordiale et cruciale, qui doit être bien établie.

III. — Seul le témoignage de la conscience individuelle peut garantir l'authenticité de ce sentiment de la beauté du pathologique. Nous-même l'avons souvent éprouvé, et ce fut l'origine du présent travail, dont le thème nous parut assez singulier pour mériter que l'on y portât quelque attention. Mais il ne fallait pas que la singularité fût telle que nous fussions unique à pouvoir l'apprécier. N'était-ce pas de notre part une illusion, un phantasme imaginatif, une erreur d'interprétation, voire une véritable perversion de notre sens esthétique, dont quelque savante psychanalyse eût révélé les fâcheux complexes originels ? Le seul moyen de s'en assurer objectivement était de recourir au témoignage d'autrui.

Nous entreprîmes donc un *referendum* parmi l'élite médicale, en procédant par contact personnel, exceptionnellement par écrit, le sujet étant trop délicat, trop équivoque, trop gros de non-sens et de contre-sens, pour que suffît le questionnaire écrit stéréotypé. De plus, l'appréciation psychologique du témoin avait son importance, et relevait de l'entretien oral. Les questions étaient sériées de manière à mettre en valeur les points principaux et à obtenir le maximum de réponses valables.

Ainsi avons-nous recueilli cinquante-six témoignages, provenant pour la plupart de médecins et de chirurgiens des hôpitaux de Paris, plusieurs étant aussi professeurs à la Faculté de Médecine, dont le précieux concours nous permet aujourd'hui de donner à notre thèse une base plus solide (1).

(1) Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre gratitude pour

Les orientations intellectuelles et techniques étant multiples et pouvant influer sur les résultats, il était nécessaire d'en avoir un choix assez varié. Voici le dénombrement des témoins d'après leur spécialisation : 13 médecins généraux, 6 dermatologistes, 3 neurologues, 9 psychiatres, 2 gastro-entérologues, 1 cardiologue, 1 pédiatre, 1 médecin-légiste, 1 médecin peintre médical, 2 accoucheurs, 1 oto-rhino-laryngologiste, 10 chirurgiens, 3 anatomistes, 3 physiologistes. Cette grande diversité d'intérêts n'offrant pas une vue d'ensemble convenable, il sera plus commode de la réduire à trois grands centres d'orientation : l'orientation physiologique pour la catégorie de prédominance médicale, l'orientation opératoire pour la catégorie de prédominance chirurgicale, et l'orientation psychologique pour la catégorie psychiatrique. Ce groupement fournit alors 30 médecins (y compris les physiologistes et le légiste), soit 53 % ; 17 chirurgiens (y compris l'oto-rhino-laryngologiste, les accoucheurs, les anatomistes et l'artiste), soit 30 % ; et 9 psychiatres, soit 17 %.

Sans prétendre à une valeur statistique, mais seulement à titre indicatif pour préciser les idées, les proportions suivantes offriront quelque intérêt. Dans l'ensemble des témoignages, il y en a 16 % de très positifs (surenchérissement de la thèse), 29 % de positifs (thèse confirmée), 10 % de nuls (indifférence, incompréhension), 45 % de négatifs (hostilité contre la thèse, combattue). Ainsi 45 % des témoins corroborent pleinement la thèse et affirment l'existence de la beauté du pathologique en soi, du beau cas au sens de cas esthétiquement beau, le seul que nous aurons désormais en vue. Une telle proportion

l'accueil qu'ils nous ont réservé et les documents psychologiques qu'ils nous ont fournis. Sans doute aurions-nous désiré retirer de leurs mains des « confessions » publiables, mais c'était évidemment trop exiger. En outre, presque tous voulaient garder l'anonymat, ce qui eût enlevé de leur portée aux témoignages, ou, si les seules relations signées étaient publiées, déséquilibré l'ensemble du referendum. Force nous fut donc d'en rester à nos propres notes et d'observer le secret, bien qu'il n'eût pas été professionnel.

suffit à réfuter les objections de singularité individuelle ou d'anomalie du sentiment esthétique que l'on aurait pu soutenir éventuellement. Le fait s'impose, et son étude se justifie même aux yeux de ceux, médecins ou non, qui ne sauraient le connaître par eux-mêmes.

Certes, pour la moitié des témoins, le beau cas s'avère esthétiquement laid tout comme chez les profanes, et nous aurons à revenir plus tard sur cette contre-partie négative. Pourrait-on garantir que plus de la moitié des spectateurs ressentent une pure émotion de beauté devant le *Cid* ou la *Vénus de Milo* ? Rien n'est moins sûr. Mais on ne tient compte que des gens qui l'éprouvent, le jugement de goût n'ayant pas coutume de s'affirmer par un vote à la majorité absolue. Ici, les témoignages négatifs ne peuvent annuler les positifs, encore moins les conditionner.

Le beau cas représente un fait complexe, concret et abstrait, objectif et subjectif. Il n'a rien à faire avec le malade qui, porteur de sa beauté pathologique, reste aussi laid pour le médecin que pour le profane, car il ne faut pas confondre le malade avec la maladie, qui seule se trouve en cause. En vérité, il n'y a pas le beau cas, mais des beaux cas, variés, polymorphes, dépendant de tout un système de conditions qui seront à analyser. Il convient d'abord de se familiariser avec eux d'une manière concrète, et de considérer que les phénomènes pathologiques apparaissent soit spontanément dans la nature, soit reproduits plus ou moins artistement par la main de l'homme, d'où la distinction d'un côté des beaux cas naturels, de l'autre des beaux cas figurés.

§ 2. Les beaux cas naturels

De même que la nature ignare donne à l'admiration de l'homme les ors rouges du couchant ou le mouvant infini bleuté des mers, de même elle offre de beaux cas à l'admiration du pathologiste (médecin, vétérinaire, biolo-

giste), que ce soit dans l'ordre végétal, animal ou humain. Nous n'envisagerons que le domaine humain, parce qu'il est le plus expressif et parce qu'il est nôtre, mais ce que nous en dirons vaudra, *mutatis mutandis*, pour les autres, puisque le pathologique demeure identique en son fond. Ce dernier apparaît sous deux états différents selon que l'organisme vit encore ou est déjà mort.

I. — Dans la *nature vivante*, c'est-à-dire en clinique, au lit du malade, suivant l'expression consacrée, les beaux cas ont pour vaste champ toute la séméiologie. On peut soutenir sans exagérer qu'il n'y a pas de symptômes ou de groupements de symptômes qui, dans certaines conditions, ne puissent revêtir une qualification esthétique. Cela ne signifie pas que le beau règne, immanent, dans toute la pathologie, mais que celle-ci procure la matière des possibles comme font les couleurs de la palette par rapport au tableau. Voici quelques brefs exemples choisis parmi les trop nombreux symptômes, maladies, infirmités dont, depuis des temps immémoriaux, s'afflige la bienheureuse humanité.

1° Des symptômes et des signes. Auscultons le cœur de ce jeune homme apparemment sain. Nous lui découvrons un souffle en jet de vapeur puissant, couvrant toute la systole, au maximum siégeant à la pointe cardiaque, fixe, se propageant jusqu'au fond de l'aisselle, s'entendant même dans le dos. L'oreille médicale l'abandonne à regret tellement il est typique de l'insuffisance mitrale.

A cette vieille femme paralysée, excitons la surface cutanée plantaire droite : le gros orteil s'étend aussitôt et s'incurve fortement en arrière sous la tension de l'extenseur propre, tandis que les autres orteils s'écartent au maximum les uns des autres, en éventail. Nous avons obtenu un remarquable signe de Babinski, prouvant l'atteinte du faisceau pyramidal.

Voici maintenant une femme de 40 ans, paraplégique par sclérose latérale amyotrophique, couchée sur le dos,

les avant-bras verticaux, les mains retombantes. La percussion légère du sternum détermine l'extension synchrone des mains, qui se relèvent immédiatement en arrière ; la percussion du carpe fait ensuite fléchir les doigts ; la trépidation épileptoïde du pied et de la rotule s'obtient avec une extrême facilité et se montre inépuisable. Tous ces mouvements automatiques, par hyperréflexie tendineuse, sont nets, vifs, brusques, symétriques, déclen-

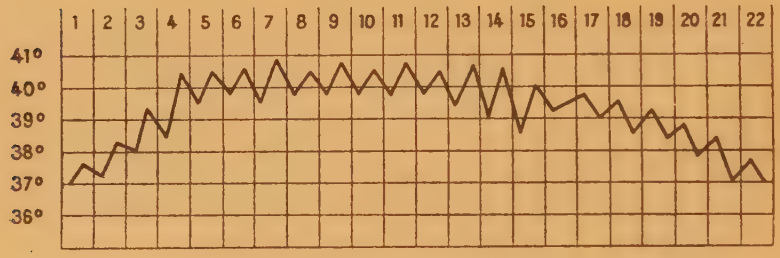

Fig. 1. — Courbe de fièvre typhoïde

chés par le moindre choc, de sorte que la malade ressemble à une corde vibrante. Le marteau à réflexes ou le doigt médical semble la baguette magique d'un chef d'orchestre dirigeant une étrange symphonie du clonus.

La simple et banale courbe de température peut posséder aussi son genre de beauté. Les oscillations régulièrement ascendantes, puis le plateau, ensuite le stade amphibole, enfin les oscillations descendantes dessinent le graphique exemplaire de la plus classique des fièvres typhoïdes (fig. 1). Les hauts clochers montant régulièrement tous les trois jours dénoncent le paludisme à plasmodium vivax (fig. 2). Certes, la structure géométrique des courbes ci-dessous offre une symétrie à laquelle notre sens esthétique d'occidentaux s'avoue sensible. Mais à cela le médecin ajoute ou plutôt combine un élément technique qui lui est spécial et qui seul confère toute sa valeur et toute sa

beauté à la courbe considérée : le sens d'une maladie parfaite et qu'il admire.

2° Des syndromes. Voici un cas d'obésité extraordinaire d'origine endocrinienne, chez une femme pesant 160 kilos, que nous empruntons à Dartigues. Les photographies dispensent de longs commentaires. Ces masses croulantes, ces coulées débordantes de tissu adipeux rendant le corps

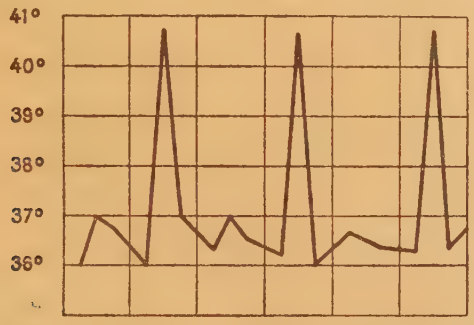

Fig. 2. — Courbe de fièvre paludéenne tierce

informe, évoquant un éléphant plutôt qu'une femme, feront pousser un cri d'horreur au commun des mortels, d'admiration au médecin « connaisseur ». Nous verrons pourquoi plus tard.

Une érythrodermie exfoliatrice généralisée, par staphylococcie, attend ses admirateurs. C'est une femme de 35 ans, gonflée comme une baudruche. Toute la peau sauf celle de la plante des pieds et de la paume des mains, est écarlate, vernissée, parsemée de squames blanchâtres épaisses, et soulevée par des bulles jaune pâle pleines de pus. Les poils sont tombés. La face est boursouflée, les paupières sont rouge vif, purulentes, éversées. Les jambes boudinées sont collées l'une contre l'autre.

3° Des maladies. Malgré sa banalité — dès la première année de médecine ne voit-on pas des cirrhoses de Laennec ? des connaisseurs peuvent encore y trouver d'admirables

exemples. Voici un homme de 50 ans, à la figure amaigrie, creusée de rides sèches, au teint et aux yeux jaunâtres, aux pommettes et au nez violacés par la couperose, aux gencives saignantes. Découvrons-le. Les bras tombent

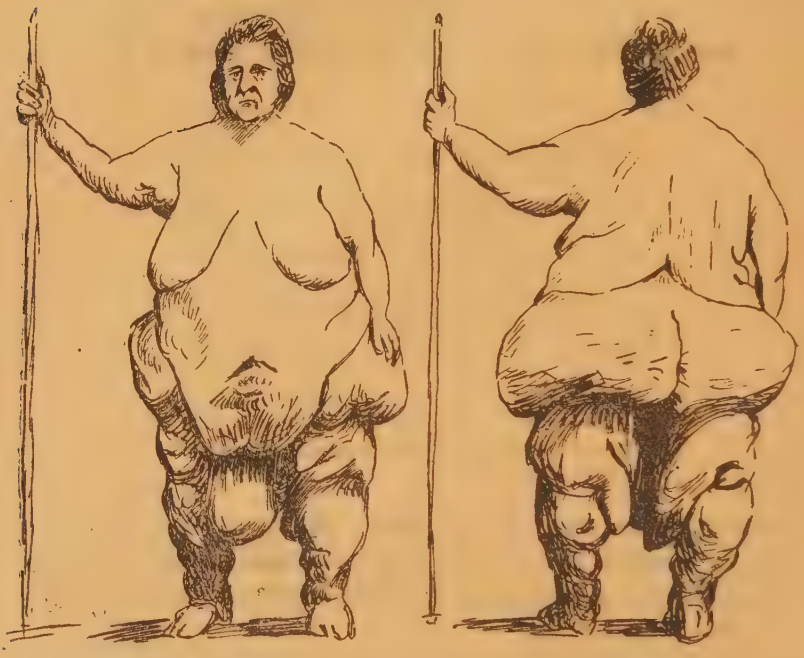

Fig. 3. — Beau cas d'obésité endocrinienne *(empr. au Dr Dartigues)*

comme des fils le long du tronc, qui est comme aspiré par un ventre énorme, gonflé d'ascite, à la peau distendue, amincie, luisante, sur laquelle coulent comme des fleuves sur une mappemonde les cordons bleuâtres des veines de la circulation collatérale. Quelques taches rubis jettent leur note vive. Bourses, cuisses, malléoles sont infiltrées. La percussion abdominale délimite une zone de matité franche à concavité supérieure. Signe du flot, atrophie du foie, augmentation du volume de la rate. Hypotension

artérielle. Congestion des bases pulmonaires. Notion d'alcoolisme chronique invétéré. Voilà un beau tableau, à la facture puissante, médicalement sinon picturalement.

Considérons maintenant une belle pneumonie. Début brutal par un grand frisson, une douleur sous-mammaire droite. Puis petite toux avec expectoration de quelques crachats rouillés. Température en plateau à 40°. Foyer lobaire mis en évidence par le bloc de matité franche, l'augmentation des vibrations vocales, le souffle tubaire caractéristique avec sa couronne de râles sous-crépitants, fins et secs. Guérison brusque au septième jour, avec crise sudorale, humorale et urinaire. Tous les signes et tous les symptômes y sont, non seulement dans l'espace, mais aussi dans le temps. Ce que l'on admire, c'est le scénario pneumonique, l'ensemble coordonné, évolutif, où chaque détail est ce qu'il doit être, la dynamique même du processus morbide.

4° Des déformations fixées, des malformations, des infirmités peuvent aussi fournir de beaux cas. Par exemple, un bec de lièvre prononcé, une scoliose extrême tordant le sujet sur lui-même, une camptocormie pliant le corps à angle droit ; un jeune idiot avec son crâne aplati, minuscule, sa face asymétrique aux yeux strabiques et inexpressifs, son nez en lorgnette aux orifices morveux, ses oreilles décollées aux larges pavillons sans hélix, sa bouche entr'ouverte, aux lèvres épaisses, d'où coule sans fin un filet de salive visqueuse, et qui laisse voir des dents chevauchantes, obliques, crénelées, cariées ; parfois se manifestent des trépignements, des contorsions brusques, clownesques, des cris gutturaux, des grognements de satisfaction ou d'irritation. Dans le genre, on ne saurait guère mieux demander.

Symptômes, syndromes, maladies, aspects statiques, aspects dynamiques sont également l'objet d'un sentiment esthétique et appartiennent encore à la vie, qui pourrait paraître à certains la condition *sine qua non*. Or, il n'en est rien.

II. — Dans la nature *morte* aussi bien que vivante se rencontrent de beaux cas. Au lieu des deux perdrix sanglantes ou des trois pommes trop mûres peintes sur la toile qu'admire l'esthète, le médecin contemple la belle pièce que lui découvre son scalpel ou son microscope. C'est le monde des lésions qui naît à son tour à l'esthétique. Que ces lésions soient visibles ou non à l'œil nu, l'attitude mentale demeure inchangée et pose les mêmes problèmes fondamentaux dans des conditions techniques différentes. La clarté de l'exposition seule conduit à séparer les lésions macroscopiques et les lésions microscopiques, sur lesquelles nous serons très brefs pour n'être point trop fastidieux.

1° Macroscopiquement, il y a de belles autopsies, par la manière dont elles sont pratiquées — et c'est l'esthétique des procédés matériels que nous n'avons pas à étudier — ou par l'ensemble des lésions, par l'anatomie pathologique qu'elle révèle — et ceci nous intéresse. Le pathologique se concrétise sous une forme visuelle immobile, fixe, matérielle.

Par exemple, tel rein polykystique transformé en une grosse grappe de vésicules à demi translucides, jaune pâle, vertes, opalines, de toutes dimensions, serrées les unes contre les autres. L'épithélioma primitif du foie, massif, polychrome, avec son parenchyme criblé de noyaux cancéreux et de zones nécrotiques hémorragiques. Le Musée Dupuytren de Paris — le Louvre des médecins, que ceux-ci d'ailleurs ne fréquentent guère — renferme des beaux cas de toutes sortes. Citons en ostéologie le bassin malacique, l'ostéite syphilitique du crâne avec ses ulcérations, entourées d'un liseré d'hyperostose, découvrant le diploé et même le perforant, le *leontiasis ossea*, etc. Les fœtus bicéphales, anencéphales au fond de leurs bocaux faisant pour l'éternité leur parade d'avortons modèles à l'usage des carabins.

2° Microscopiquement, l'histologie pathologique, dans le même sens, donne de belles coupes, de belles lésions tissulaires ou cellulaires. Hépatite dégénérative avec

cytolyse, homogénéisation cellulaire, etc. Épithélioma spino-cellulaire du col de l'utérus avec ses globes paraké-tosiques, épithélioma bronchique avec ses petites cellules très chromophiles, etc. Là encore, l'appréciation de la beauté lésionnelle diffère très nettement de l'effet esthétique des formes colorées que dessinent les tissus.

Morts ou vifs les beaux cas naturels sont reproductibles de diverses manières, qui les fixent une fois pour toutes sous l'un de leurs aspects, constituant ce que nous appellerons les beaux cas figurés.

§ 3. Les beaux cas figurés

La reproduction des formes pathologiques enveloppe incontestablement des virtualités d'art réalisables par l'effort technique. De même ordre est la figuration de la laideur dans la beauté artistique normale. Deux jugements de goût, parfois à tort confondus, doivent donc être distingués : d'un côté, le jugement portant sur l'art même de la reproduction, de l'autre le jugement portant sur son contenu, c'est-à-dire sur le fait pathologique lui-même. Bien des médecins insensibles à la beauté de la maladie en soi, s'émeuvent au contraire devant la beauté de ses reproductions dans la mesure où ces dernières sont artistiques. Pareille dissociation départage fort à propos les deux attitudes positives possibles à l'égard des beaux cas figurés, qu'ils soient représentés sous une forme plastique ou littéraire.

I. — La figuration plastique met en œuvre le dessin, l'aquarelle, le moulage, voire la photographie. Le plus souvent, avouons-le, ce ne sont que copies plates, serviles, dépourvues d'art. Le travail simplement bien fait procure une satisfaction d'exactitude, de vérité froide, sèche, documentaire, anesthétique en fin de compte. Certes, il y a nécessairement un choix de l'objet et de sa présentation, destinés à mettre en évidence les caractères intéressants, et cela s'affirme déjà chose artistique, mais non pas *ipso*

facto chose esthétique. Pour l'obtenir, il faut atteindre la vérité richement expressive du pathologique. Quand l'art y parvient, il crée de la beauté aussi bien qu'avec ses thèmes habituels. Les artistes qui en possèdent l'expérience n'y contrediraient point. Si l'œuvre représente en

Fig. 4. — Entérite folliculeuse aiguë

outre un beau cas, le médecin s'émeut d'une double jouissance esthétique.

Des exemples vivent encore dans le vieil *Atlas d'anatomie pathologique* de J. Cruveilhier (1). On y peut admirer de nombreuses planches, dues au talent d'A. Chazal.

(1) Jean Cruveilhier (1791-1874) se destinait à la prêtrise, mais son père férocement l'obligea — pour une fois ce fut heureux — à devenir médecin. Dissections et opérations firent d'abord fuir au séminaire de Saint-Sulpice le malheureux émotif. Plus tard, il fut interne de Dupuytren, puis médecin des hôpitaux, professeur d'anatomie et d'anatomie pathologique à la Faculté de Paris.

Digne continuateur de Morgagni, après avoir pensé l'être de Bossuet ou de Fénelon, il prit pour modèle le *Muséum anatomicum* (1793-1827) de Sandifort, riche en maladies osseuses, « dont, écrit-il, les belles planches en apprennent

Citons seulement la pièce prélevée sur un jeune homme de 20 ans, mort en 1828, après une semaine de maladie : « entérite folliculeuse aiguë », avec ses ganglions mésentériques hypertrophiés, son épaisse couche de mucosités

Fig. 5. — Cancer du foie

sanguinolentes recouvrant une muqueuse intestinale boursouflée par plaques et criblée de perforations. Le dessin ci-contre (fig. 4) ne redonne pas le rendu du coloris de la planche. De même pour le cancer nodulaire du foie dans sa variété squirrheuse, dont on sent les durs noyaux crisser sous le scalpel (fig. 5). Les productions cornées longues

plus en quelques heures que des volumes de description, et qu'on peut considérer comme le père de l'iconographie pathologique » (3).

Cet anatomiste fut un praticien recherché, qui compta parmi ses clients Talleyrand (un bien mauvais malade !) Vigny, Chateaubriand.

de 1 à 8 pouces d'une main gauche métamorphosée en branches d'arbre représentent par elles-mêmes un beau cas. Pareillement l'enfant hydrocéphale, dont le tronc à partir de la région sous-ombilicale s'étrécit en cône et se termine en pointe, à la manière des sirènes fabuleuses.

Fig. 6. — Cyclope

Autre belle monstruosité, le cyclope, chez lequel l'occiput se continue directement avec la région fessière, et dont la face n'a qu'un œil en haut, surmonté d'une trompe cylindrique (vestige nasal) ; pas de voûte crânienne, pas de trou occipital, fissure de la colonne vertébrale, absence de moelle cervico-dorsale, cerveau réduit à une masse lobulaire rougeâtre (fig. 6), etc. Dans son *Atlas* de 50 aquarelles urinaires, F. Cathelin, avec un grand enthousiasme suscité par la forme et le contenu tout ensemble, n'hésita pas à écrire que chacune d'elles est une « belle chose », qu'elles comptent « parmi les plus belles des aquarelles médicales du monde entier », que ce sont « de véritables œuvres d'art ».

Par contre, moins souvent réussis sont les moulages. On en trouve pourtant d'admirables au Musée de l'hôpital Saint-Louis, consacré aux maladies de peau. Il n'est pas jusqu'à la photographie bien réussie qui, reproduisant un beau cas, ne puisse s'imprégner d'un caractère esthétique. Cela va d'ailleurs de soi pour les photographies spéciales que sont les radiographies, à vrai dire des clichés négatifs le plus souvent. Le radiologue, encore brûlé du feu sacré, se pâme devant les « belles images » pathologiques que sont certaines niches gastro-duodénales, mie de pain, pommelures ou géodes pulmonaires, poche anévrysmale, etc.

II. — Les descriptions verbales offrent à apprécier d'une part la forme littéraire, le style de l'orateur ou de l'écrivain, d'autre part le « rendu », l'expression du pathologique qui seule leur confère une valeur spéciale, celle qui leur vaut de figurer ici. Ces belles pages médicales, belles parce que de médecine non de littérature, existent dans les œuvres des Maîtres contemporains que pourtant, pour des raisons faciles à comprendre, nous ne citerons pas. Quelques exemples empruntés à d'anciens auteurs suffiront.

Les aphorismes dans lesquels le grand praticien et observateur qu'était Hippocrate (1) condensa l'essentiel de son expérience sont célèbres. En voici deux : « Des tranchées, des douleurs autour de l'ombilic et une douleur des lombes qui ne cède ni à la purgation ni à aucun autre moyen, aboutissent à l'hydropisie sèche » (11, 4e section), tableau de la tympanite. « Ceux qui en santé sont pris de douleurs soudaines de la tête, gisent privés subitement de la parole et ont la respiration stertoreuse, ceux-là périssent en sept jours, à moins que la fièvre ne survienne. » (51, 6e section), description de l'apoplexie. Ce sont des

(1) De famille médicale, Hippocrate naquit dans l'île de Cos, en 460 avant J.-C. et mourut en 370. Bien des légendes ont couru sur son compte. Platon, Aristote en parlent comme d'un médecin célèbre et parfait. La fameuse collection dite *Hippocratique* est un recueil de traités dus à plusieurs auteurs, mais ayant même doctrine et même discipline.

raccourcis marquant quelques traits capitaux, dont l'intérêt n'est plus guère qu'historique.

Arétée de Cappadoce (1) écrivit une remarquable description de la phtisie, de laquelle nous extrayons quelques passages. « Il y a sentiment de pesanteur dans la poitrine sans beaucoup de douleur..., un malaise, une anxiété, un dégoût considérable, le soir quelques frissons suivis d'une fièvre qui dure jusqu'au matin ; il s'élève sur la poitrine une sueur perpétuelle, plus intolérable que la fièvre même ; de la toux, des crachats... » « La voix devient enrouée, éteinte, le cou un peu tortueux, effilé... ; les doigts grêles..., les ongles deviennent crochus... » « Le nez pointu, aminci, les pommettes saillantes, colorées, les yeux creux, mais purs et brillants, le visage d'un jaune pâle ou livide, la partie mince des joues rentrée et serrée contre les dents... ; tout le corps prend l'apparence d'un squelette ; car la même maigreur, le même décharnement s'observe partout... le ventre aplati est pour ainsi dire collé contre l'épine... Si avec de tels symptômes le dévoiement se déclare, la maladie est désespérée. » (ch. VIII, 104, 105). Tout cela joint à la « toux chronique » poursuivant le malade, à l'expectoration purulente ou sanglante, à « l'ulcère au poumon », brosse le tableau clinique net, précis, nuancé des signes fonctionnels, des signes physiques et de l'évolution alors observables, et qui avaient été bien observés par l'auteur.

Thomas Sydenham (2), surnommé « l'Hippocrate anglais », décrivit excellemment la variole, la goutte qu'il connaissait fort bien pour en être lui-même atteint, et

(1) Arétée de Cappadoce (70 avant J.-C.), clinicien original et non pas compilateur, se rattache plutôt à l'École Hippocratique qu'à la secte pneumatique. Il décrivit sous le nom de chiasma la décussation des pyramides et expliqua par là qu'une lésion cérébrale gauche donne une paralysie droite. On lui doit le mot « syncope » et la révulsion par les cantharides.

(2) Thomas Sydenham (1624-1689), fut un traditionaliste qui essaya de refaire sur un modèle botanique l'histoire naturelle des maladies. Il établit les règles de la médication opiacée (laudanum liquide) et de la médication acide.

sur laquelle nous donnerons le passage suivant. « La veille de l'accès, le malade a un appétit plus grand que de coutume..., il se met au lit et s'endort ; mais vers deux heures après minuit, il est réveillé par une douleur qui se fait sentir d'ordinaire au gros doigt du pied et quelquefois aussi au talon, au gras de jambe ou à la cheville du pied. Cette douleur ressemble à celle qui accompagne la dislocation des os de ces parties, avec un sentiment comme d'une eau qui ne serait pas tout à fait froide, répandue sur les membranes de la partie affectée ; et bientôt après il survient un froid, un tremblement et une fièvre légère..., vers le soir, la douleur parvient à son plus haut point... » Le malade « ne peut seulement supporter le poids des couvertures ni qu'on marche un peu fortement dans la chambre »... L'accès dure « l'espace d'un jour et d'une nuit... ». La partie est « tuméfiée », avec « un gonflement considérable des veines ». « Durant les quatorze premiers jours, l'urine est fort colorée et laisse après qu'elle est reposée, un sédiment rouge et plein de petits sables. Le malade ne rend le plus souvent en urinant que la troisième partie de sa boisson ; et pendant ce temps là le ventre est serré. » « Lorsque l'accès finit, il survient au pied malade une démangeaison insupportable, surtout entre les orteils, d'où il se détache une matière semblable à du son, et il tombe des écailles de la peau des pieds... » (*Traité de la goutte*, § 812, p. 260 et suiv.)

Excellent clinicien, improvisateur fécond, au style vivant, facile, familier, parfois diffus et lourd, Armand Trousseau (1) laissa des tableaux classiques dans ses leçons de l'Hôtel-Dieu, recueillies par son élève Michel Peter. Nous n'y avons pas trouvé de qualifications esthétiques interprétables dans notre sens, tout au plus l'adjectif

(1) Armand Trousseau (1801-1867), fidèle disciple de Bretonneau, ardent, imaginatif, fut avant tout un praticien émérite, protagoniste de la trachéotomie dans le croup, de la thoracenthèse dans la pleurésie. Médecin des hôpitaux et professeur à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de Médecine, il rédigea ses cliniques en 1857 et les publia en 1861. Il tenait la médecine pour un art et aimait à se dire artiste plutôt que savant.

« horrible » appliqué à des lésions de dysenterie et à une odeur fétide. Citons seulement la diphtérie maligne chez une fillette de 12 ans. « Dès notre première visite nous étions frappé, en examinant la bouche, de l'horrible fétidité gangréneuse de l'haleine ; nous trouvions le voile du palais fortement repoussé en avant du côté droit, exactement comme il l'est chez les individus affectés d'angine phlegmoneuse d'un seul côté ; mais là nous constations, sur ce voile membraneux, une exsudation couenneuse blanchâtre, bien nettement limitée et festonnée à sa partie supérieure vers la voûte palatine. Cette couenne diphtérique qui se prolongeait sur le pilier du voile du palais, se perdait dans une espèce de magma putrilagineux grisâtre occupant le fond de la gorge et laissant exsuder une sanie grisâtre d'où s'exhalait une épouvantable odeur. Sur la luette, refoulée complètement à gauche, en raison de la tuméfaction des parties malades, nous voyions à droite une concrétion blanchâtre qui l'enchâtonnait de ce côté, tandis qu'à gauche elle était intacte, aussi bien que l'amygdale correspondante ; à la partie postérieure du pharynx nous apercevions une ou deux taches d'un blanc jaunâtre... » « La tuméfaction des ganglions sous-maxillaires était considérable à droite, de plus cette tuméfaction était très douloureuse ; à gauche, il n'existait rien de notable ». « Au troisième jour, les narines se prennent. » « La petite malade se refroidit comme se refroidissent les cholériques ; elle avait de la tendance aux lipothymies ; son pouls était d'une excessive faiblesse et d'une extrême lenteur, mais sa respiration était libre... » Cependant « quoique en égard aux manifestations locales, il y eût une amélioration trompeuse, l'enfant mourait empoisonnée par le venin diphtérique qui l'avait infectée. Elle mourait dans une syncope, en se retournant et refusant à la religieuse la boisson qu'on lui présentait ». (p. 452 et suiv.). Un critique littéraire ne goûterait guère cette page qu'admire le médecin, critique médical.

Successeur de Trousseau, Georges Dieulafoy (1) continua la tradition par d'aussi fameuses leçons, qu'on n'oubliait pas, paraît-il, une fois qu'on les avait entendues. Son style clair, précis, ordonné, plus châtié, est aussi moins simple, empreint d'une gravité pompeuse, autrefois sans doute éloquente à entendre, mais assez lourde à lire aujourd'hui. Voici un extrait relatif au syndrome pancréatico-biliaire. « Mais voilà que soudainement, le malade est pris de *douleurs atroces* au ventre, à la région ombilicale, à l'épigastre, aux hypochondres. Ces douleurs angoissantes et excruciantes sont accompagnées de vomissements, de prostration, de tendance à la syncope ; l'hyperesthésie abdominale est généralisée, souvent le ventre est météorisé, la constipation est absolue. Il n'y a pas habituellement la moindre émission de gaz. En face d'une pareille situation, on pense à une péritonite aiguë, on pense à un empoisonnement, à la perforation de l'estomac, à la perforation du duodenum ou de la vésicule biliaire, on pense à une appendicite, à une occlusion intestinale aiguë, mais ce n'est rien de tout cela, c'est autre chose, et j'ai donné à cet épisode le nom de « drame pancréatique » afin de bien le distinguer de tout ce qui peut lui ressembler. Et en effet, soit à l'opération, soit à l'autopsie, une surprise nous est réservée ; ...on trouve les grands témoins anatomiques du drame pancréatique, c'est-à-dire des ilôts blancs (taches de bougie), ilôts de nécrose graisseuse auxquels sont souvent associées des hémorragies pancréatico-péritonéales, lésions consécutives à une poussée de pancréatite aiguë presque toujours greffée sur une pancréatite chronique » (115). Dieulafoy emploie le qualificatif « intéressant », « remarquable », « instructif » et ne se laisse aller qu'une fois, dans

(1) Georges Dieulafoy (1839-1911), remarqué par Trousseau, qu'il admirait, devint à son tour médecin des hôpitaux et professeur à la Faculté de Paris. Il parlait avec une mimique expressive, un débit rapide, une remarquable aisance pédagogique qui lui valaient de refuser du monde à l'amphithéâtre où il enseignait, chose devenue bien rare aujourd'hui.

les pages que nous avons lues, à dire d'un ictère qu'il est d'un « beau jaune verdâtre ».

Esquirol, Charles Lasègue, E. Dupré, G. de Clérembault écrivirent de belles descriptions psychiatriques. L'œuvre de Joseph Babinski renferme de fort belles pages au style sobre, sec, concis, minutieux, dépourvu d'artifice littéraire. Et combien d'autres encore... Mais notre but n'est pas d'établir un palmarès ni un recueil de morceaux choisis qui ne nous apprendrait d'ailleurs rien de nouveau quant à notre sujet. Des exemples produits, retenons que l'expression verbale du pathologique peut avoir pour le médecin une valeur esthétique en dehors de tout romantisme, de tout effet littéraire, par la seule vertu technique de l'expression.

§ 4. Les beaux cas dans l'art

Le médecin ne trouverait-il de beaux cas que dans son domaine strictement médical ? Non. Il lui arrive aussi, mais beaucoup plus rarement, d'en découvrir parmi les œuvres d'art, et ce fait ne saurait être passé sous silence, sans qu'il s'agisse d'entreprendre ici l'étude des représentations pathologiques dans l'art.

I. — Le malade lui-même, quand il est artiste, peut transcrire avec bonheur sa maladie dans son œuvre. Déjà, en pathologie mentale, certains de ceux que l'on appelle des « fous » et qui sont dépourvus de talent artistique, parviennent néanmoins à écrire ou à dessiner des pages pleines de suc pathologique. Tout vieux psychiatre pourrait constituer une anthologie de ces morceaux de choix que produisent parfois les hypomaniaques avec leur verve hachée, leur automatisme verbal accéléré ; les schizophrènes avec leur autisme délirant bizarre, allant du rêve le plus poétique au rationalisme le plus formel et le plus vide ; les paranoïaques avec leur impressionnant dossier de revendications bien argumentées, d'interprétations jalouses

ou hypocondriaques d'une richesse et d'une subtilité infinies que pourrait envier tel maître du barreau ou tel maître du roman policier ; les déments, avec ou sans délire, dont la déchéance se traduit d'elle-même par les lacunes, les erreurs, le tracé graphique, etc. Chez quelques-uns de ces malades rien ne vaut, psychiatriquement, leur auto-observation volontaire ou involontaire, capable de figurer par elle-même un beau cas.

Dans d'autres circonstances, c'est l'écrivain qui puise dans les expériences morbides qu'il a vécues et qu'il transpose en son œuvre. Par exemple Edgar Poë, déséquilibré dipsomane, décrivit bien ses impulsions morbides dans le conte *William Wilson*, sorte d'auto-biographie. Ernst Hoffmann, alcoolique depuis l'âge de 24 ans et mort à 46 ans d'une polynévrite éthylique, décrivit son délire onirique dans ses contes (notamment : *Les Aventures de la nuit de Saint-Sylvestre*, *Le Chevalier Glück*, *Le Choix d'une fiancée*, *L'Élixir du Diable*). Guy de Maupassant, qui abusa du laudanum et de l'éther pour traiter ses migraines et qui mourut paralytique général, décrivit des phénomènes obsédants dans *Le Horla* et un délire complet dans *Qui sait*, sa dernière nouvelle (1890), expression des troubles psychiques prémonitoires qu'il éprouvait. Chez Dostoïewski, on découvre de nombreux passages exprimant avec une vérité sentie l'émotion extatique, le désespoir morne, les détentes lasses et les explosions brutales de l'épilepsie dont souffrait l'auteur. — Le médecin sait apprécier ces traits morbides et peut les admirer comme tels, au point de vue médical et non pas au point de vue littéraire. Il ne pourra guère leur conférer cette valeur que chez les écrivains réalistes, ceux qui savent observer, et exprimer ce qu'ils ont vu et senti sans le déformer par goût ou souci d'idéalisme, de lyrisme, de poésie.

II. — Aussi est-ce encore et surtout parmi les œuvres réalistes que le médecin trouvera parfois la « perle morbide » que l'artiste aura cueillie dans le monde extérieur et non

plus en lui-même. On sait avec quel soin minutieux les écrivains réalistes notaient les événements qui devaient ensuite leur servir. G. Flaubert, qui vécut dans un milieu médical, voulut un jour pour son *Éducation sentimentale*, décrire une scène de croup ; il s'en fut, raconte-t-on (Dr Chaume), assister à la trachéotomie d'un enfant, mais l'émotion le fit partir dès le début ; il préféra supprimer la scène plutôt que de l'écrire sans l'avoir bien observée. Émile Zola allait dans les hôpitaux prendre des notes sur les accouchements, comme il allait passer la nuit aux halles avant d'écrire le *Ventre de Paris* (1). Après cela, faudrait-il s'étonner que le médecin pût recueillir d'authentiques beaux cas dans des œuvres purement littéraires ?

Mais le fait sera rare, car le médecin a le droit d'être techniquement exigeant, et ce n'est d'ailleurs qu'autant que seront satisfaites ses exigences qu'il sera en mesure d'admirer. Le théâtre de Shakespeare ou d'Henrik Ibsen est une source de cas intéressants et même de beaux cas pour le psychiatre. Il convient d'ailleurs de se méfier des compositions dramatiques les mieux réussies. Hamlet par exemple, qu'après G. Dumas, A. Adnès, dans une fine analyse, considère comme un mélancolique avec conscience, ne nous paraît pas supporter une étiquette nosologique aussi précise.

Hamlet est un personnage composite. Affectivement, il reste attaché à son père qu'il admire et pare de toutes les vertus, il conserve une forte fixation à sa mère, dont il veut le repentir, non la punition ; il n'a que haine pour l'oncle corrompu et corrupteur. Cette situation triangu-

(1) Avec son talent réaliste, Émile Zola brossa l'odyssée burlesque et tragique de maints alcooliques. En particulier dans *L'Assommoir*, il décrivit admirablement la déchéance de l'ouvrier zingueur Coupeau et de sa femme Gervaise, la blanchisseuse. Les traits pathologiques sur les ivresses, les troubles de l'humeur et du caractère, l'affaiblissement éthique sont bien notés. Le tableau se complète et s'aggrave dans une progression naturelle jusqu'à l'acte final dans le cabanon de Sainte-Anne, où le *delirium tremens* finit par terrasser Coupeau dans une scène digne d'un compliment médical.

laire n'est point dépourvue d'ambivalence profonde. Mais Hamlet est un esprit vertueux, sensible et spéculatif, nourri du sentiment aigu de la vanité des choses terrestres. Sa méditation porte plus sur la mort, attractive et répulsive à la fois, que sur la passion de vengeance qui l'anime apparemment. Ce n'est pas un impulsif, mais un méditatif, ce n'est pas un homme d'action, mais un homme de pensée, un philosophe que le cours des événements engage dans l'action.

Pour agir, il lui faut d'impérieux motifs, moralement et rationnellement valables : l'exigence de l'ombre paternelle, l'accumulation tragique d'événements dus à la mauvaise conscience du roi son oncle (mort d'Ophélie, de Laërtes, de sa mère, sa mort prochaine enfin).

Quant à sa folie, elle représente sans conteste un moyen, une simulation très consciente et utilitaire. Un vrai mélancolique ne jouerait pas la comédie bouffonne des calembours, des coq-à-l'âne, de la gaîté et ne saurait sursimuler dans un sens opposé à sa dépression ; il ne s'agit pas alors d'hypomanie, mais d'ironique supercherie. Un mélancolique authentique serait incapable de ce double jeu. L'idée de la mort l'obsède, mais il meurt par assassinat, non par suicide.

Serait-ce un schizophrène ? Pas plus. Ses incohérences de langage et de comportement sont volontaires et possèdent une signification profonde compréhensible pour le spectateur bien que cachée aux autres personnages de la pièce. Il n'a même pas d'hallucinations, car le spectre paternel est réellement apparu et a été vu, avant Hamlet, par Bernado, Marcelius et Horatio. Averti par ce dernier, Hamlet se méfie d'abord au point de suspecter une fantasmagorie du démon.

Hamlet serait plutôt un petit psychasthénique, velléitaire et ambivalent, dont la figure attachante se nimbe de philosophie plus que de pathologie mentale. Nous n'y verrons donc pas un « beau cas », ce qui ne saurait vexer

les mânes de Shakespeare. Si par hasard l'écrivain se double d'un médecin, la réussite se trouvera plus parfaite. Ainsi Georges Duhamel campa un Salavin type d'obsédé psychasthénique, dont les déambulations à travers les rues de Paris sont aussi riches de substance que de pittoresque (1).

Les lettres n'en ont pas l'apanage. Rubens peignit plusieurs fois des démoniaques. Paul Richer les interpréta comme d'admirables exemples de la grande hystérie qui prospérait alors à la Salpétrière : « La figure de *La Possession* créée par le pinceau de Rubens est un véritable type » (68). Le *Pied bot* de Ribera paraît relever d'une hémiplégie infantile car la main droite paraît bote, le bras raidi, la figure niaise. Un beau cas, incontestablement, est celui de ce rhinophyma, ou acné hypertrophique que l'on voit au portrait d'un vieillard souriant à un enfant, par Domenico Ghirlandajo, tout à fait digne du Musée de l'Hôpital Saint-Louis. Il est digne aussi du Musée du Louvre où il se trouve, car la maladie paraît subir une sublimation morale en renforçant l'expression de tendre bonhomie du vieillard. Le buste en marbre, dit d'Ésope, étudié par Charcot et Dechambre en 1857, présente une cyphose avec thorax en carène, épaule droite élargie, détails très exacts, probablement par mal de Pott. Les hauts-reliefs en cire de Zumbo (à Florence) sont d'un réalisme saisissant *(La Putréfaction, La Peste)* (2).

(1) Nous rejoignons ici l'appréciation littéraire de Paul Bourget écrivant au sujet du psychiatre Ernest Dupré : « Telle de ses notes parues dans les journaux médicaux, constitue par elle seule un chef-d'œuvre de raccourci, par exemple son portrait du mendiant thésauriseur » (X). Et continuant : « Tel drame de Shakespeare, telle comédie de Molière, tel roman de Balzac, ne nous offrent-ils pas de véritables tableaux cliniques, auxquels il ne manque qu'une étiquette pour être rangés dans un chapitre d'un précis de Psychiatrie... » (XI).

(2) Le sage Boileau nous eût approuvé qui écrivit :

Il n'est point de serpent
Ni de monstre odieux
Qui, par l'art imité,
Ne puisse plaire aux yeux.

Tous les arts, sauf la musique dont la matière ne s'y prête évidemment pas, peuvent figurer ou exprimer la maladie avec assez de perfection pour susciter chez le médecin l'émotion esthétique du pathologique. Belle page, belle aquarelle ou beau cas, sous forme littéraire, plastique ou naturelle, la beauté de la maladie demeure une, parce qu'elle dépend d'une part d'une attitude esthétique fondamentale, d'autre part d'une attitude technique centrée sur la notion de pathologique qui doit être psychologiquement analysée.

Chapitre II

LA NOTION DE PATHOLOGIQUE

§ 1. Psychologie et méthodologie

L'importance de la notion de pathologique est plus grande qu'on ne croit et sa portée considérable en biologie et en philosophie autant qu'en médecine. Dans la mesure où elle s'intéresse à la vie, et ce n'est pas peu dire, la philosophie ne saurait méconnaître la valeur logique et métaphysique des problèmes posés par l'existence de la maladie. Objecterait-on que, dans les temps modernes, ces problèmes se trouvent maintenant traités comme il convient et dans leur plan naturel par les sciences médico-biologiques ? Ce serait contredire, sur ce point particulier, au principe général qui veut que la réflexion philosophique soit distincte des sciences sur la matière desquelles elle s'exerce et qu'elle possède son autonomie. De plus, ce serait oublier qu'une question scientifique peut toujours soulever des problèmes d'autre nature, d'ordre moral, psychologique, logique, etc. Enfin ce serait prétendre que médecine et biologie ont épuisé déjà la question ; or, elles en sont tellement loin qu'à peine elles l'ont posée. Point capital. Si les faits morbides sont de mieux en mieux étudiés et compris grâce aux progrès techniques et à la lente évolution des concepts, la notion de pathologique n'en a guère profité, car ceux qui l'utilisent ne l'ont ni mieux exploitée, ni plus clarifiée, la plupart n'y ayant même pas réfléchi davantage. Les médecins, savants comme praticiens, l'emploient à chaque instant en clien-

tèle, à l'hôpital, au laboratoire, aux sociétés dites savantes, d'une manière tantôt explicite tantôt implicite, sans se soucier de la signification rationnelle qu'elle pourrait et devrait avoir. Vicissitude partagée par la plupart des idées générales qui se ressentent de la confusion de leurs origines empiriques.

A notre décharge, cela tient pour une grosse part aux difficultés inhérentes à l'objet même de l'étude. De la connaissance empirique à la connaissance scientifique le chemin s'affirme encore plus long que pour « to go to Tipperary ». La notion de pathologique a partie liée avec notre connaissance des phénomènes vitaux. La mémorable *Introduction à l'étude de la Médecine expérimentale* date de 1865, et l'on a pourtant coutume de considérer qu'il n'y a plus rien de méthodologique à dire sur ce sujet après Claude Bernard. Or, tout n'a pas été dit, et tout ne pouvait pas être dit, même par un génial physiologiste, d'autant plus que la science a évolué depuis, et que la méthodologie évolue avec la science. La notion de pathologique pourrait précisément figurer l'un des thèmes centraux de cette nouvelle méthodologie médicale. Il nous serait utile de pouvoir nous appuyer sur ses conclusions, mais cela ne nous paraît pas nécessaire, aussi n'entreprendrons-nous pas l'intéressante étude méthodologique de cette notion, car c'est sa signification psychologique qu'il importe surtout de préciser, pour mieux connaître la beauté du morbide.

Essayons donc de définir le sens psychologique de l'état morbide et du jugement qu'il détermine au travers du polymorphisme des situations concrètes.

§ 2. L'état morbide

Corrélatif de l'état hygide, l'état morbide se définit négativement par rapport à lui, comme le prouvent les meilleurs dictionnaires qui jamais ne reculent devant une

pure définition verbale (1). Tâchons d'être un peu plus heureux et d'obtenir au moins un contenu psychologiquement valable en nous appuyant à la fois sur la conscience concrète et sur la conscience rationnelle du pathologique dans la pensée de l'homme civilisé occidental.

Deux faits sont évidemment à la base de la notion de pathologique *in concreto :* l'existence du malade, la conscience de la maladie. Il ne sera pas inutile de partir du sens originel et profane de celle-ci.

I. — Être malade et se savoir malade sont deux cas distincts. Considérons d'abord la situation du sujet physiquement malade et le sachant. Être malade pour le patient veut dire éprouver un malaise, une gêne, une entrave, une douleur, qui modifie plus ou moins l'activité habituelle jusqu'à la suspendre parfois complètement. Il souffre, subit, pâtit et, ressuscitant sans le vouloir l'étymologie latine du mot, il ressent la maladie comme un mal, un mal vital, doublé par ses conséquences d'un mal social. Être malade, c'est vomir, étouffer ou ne plus pouvoir rester debout, mais c'est aussi ne pas travailler, ne pas aller au cinéma, ne pas inviter des amis chez soi, ne pas se marier ou ne pas avoir d'enfants. Dans les circonstances ordinaires c'est « perdre son temps », vivre imparfaitement et le sujet n'aspire qu'à retrouver au plus tôt son état antérieur de bien-être, d'activité facile, pleine, entière, sinon toujours agréable. Voilà l'essentiel de la réaction psychique du malade à son état lorsqu'il en prend conscience.

Quand le processus morbide ne produit pas d'expression fonctionnelle grossière ni d'efflorescence consciente le sujet — biologiquement malade, non psychologiquement — l'ignore ou le méconnaît et continue de se comporter en homme sain. Alors, qu'un médecin le lui révèle avec

(1) Bien qu'il eût été interne en médecine, E. Littré définit simplement la maladie comme une « altération de la santé », et la santé comme « l'état de celui qui est sain, qui se porte bien », à quoi il ajoute pourtant « exercice permanent et facile de toutes les fonctions de l'économie ».

certitude, il prendra la « situation malade » et tiendra d'ores et déjà pour un mal ce dont il ne souffre pas encore physiquement. Il se trouvera virtuellement infériorisé, diminué dans ses capacités organiques et souvent aussi, par voie de conséquence, dans ses capacités sociales.

S'agit-il d'un malade mental, de deux choses l'une : ou il a conscience de la maladie et l'éprouve aussi comme une plus ou moins grave infériorisation organo-sociale ; ou sa maladie même l'empêche d'en avoir conscience et la question ne se pose plus. Dans tous les cas, le malade souffrant ou non, du fait qu'il se sent ou qu'il se sait malade, prend une conscience différente, sa personnalité réagissant d'une manière qualitative à la notion comme au fait de maladie. L'étude en profondeur de la psychologie des malades serait fructueuse. Retenons-en que le malade apprécie toujours le pathologique sous l'angle de la valeur.

L'homme sain de corps et d'esprit juge de même. Il serait oiseux de rappeler combien louée est la santé au titre « de plus grand des biens » dans les formules quotidiennes et les souhaits rituels dont le caractère automatique ne les vide pourtant pas de sens à notre point de vue. Plus intéressante est l'attitude adoptée vis-à-vis du malade. Qu'on le plaigne par sympathie charitable, qu'on le dédaigne par dur égoïsme ou qu'on le fuie par crainte ou dégoût, on le tient toujours pour un être amoindri, moins capable, moins vivant, déjà partiellement retranché de la société, le détachement total s'effectuant par la mort. Il appartient au lot social des invalides temporaires ou définitifs, des rebuts, des déchets, des dévalorisés transitoires, permanents ou progressifs.

II. — Du profane au médecin, la notion de pathologique se transforme-t-elle entièrement ? On le croirait à première vue. Mais il faut examiner cela de plus près.

Voici un homme atteint au doigt d'une plaie infectée, et qui vaque à ses occupations, un tuberculeux allongé pour des mois sur son lit, un épileptique hospitalisé pour

vingt-quatre heures, un délirant paranoïde interné pour la vie. Malgré la grande diversité de leurs situations, ces individus sont également considérés comme malades par le médecin qui leur applique la même notion générale et prend à leur égard la même attitude professionnelle. Quel est le lien entre cette conscience globale et le savoir particulier défini par chaque cas ?

La petite plaie résultant d'une banale coupure représente déjà pour le médecin tout un complexe évolutif. Il y a d'abord une solution de continuité de l'épiderme dont les cellules ont été broyées, du derme et de l'hypoderme dont les cellules ont été écrasées, les faisceaux collagènes et élastiques déchirés, les vaisseaux sectionnés, d'où l'hémorragie, qui cesse par le processus de la coagulation sanguine. Puis les tissus voisins, mal nourris, se nécrosent et régénèrent. A cette phase d'attrition succède une phase réactionnelle, proprement inflammatoire, avec congestion active (douleur, tumeur, rougeur, chaleur) par vasodilatation artériolo-capillaire, infiltration œdémateuse, margination des polynucléaires et diapédèse. Les polynucléaires dissolvent les microbes, liquéfient les tissus mortifiés et le pus en résulte. Ensuite s'amorce la phase de cicatrisation, avec le remaniement cellulaire et vasculaire du tissu de granulation (bourgeons charnus formés de nouveaux capillaires, de polynucléaires de fibroblastes, de cellules histogènes) qui finit par combler la plaie, se recouvre de nouvelles cellules épithéliales et se mue en tissu conjonctif adulte, cicatriciel. Dans une si petite chose, le médecin voit donc beaucoup de choses ; il objective son savoir.

Le tuberculeux pulmonaire montre un ensemble de phénomènes beaucoup plus complexes. Il déploie dans l'espace et dans le temps l'histoire d'un organisme qui réagit au développement du bacille de Koch, enkysté dans les chaînes ganglionnaires, caséifiant et nécrosant les tissus (cavernes, hémorragies). Fièvre, amaigrissement,

modifications humorales et neuro-végétatives témoignent de l'étendue et de la profondeur du déséquilibre fonctionnel et de la tendance au rééquilibre. Chaque sorte de complications, chaque étape progressive ou régressive possède son déterminisme et aboutit à un jugement médical d'aggravation ou d'amélioration, de mort ou de guérison.

Un homme d'aspect normal soudain tombe à terre, sans connaissance. Il se raidit tout entier en des convulsions toniques, asphyxie, puis s'agite en des convulsions cloniques, perd ses urines et termine sa crise par la résolution musculaire et le stertor d'un coma passager. Cette épilepsie se caractérise par l'inhibition brutale de toutes les fonctions de relation et le déclenchement des automatismes libérés. Le médecin a conscience d'une sorte de démontage partiel et fonctionnel du système nerveux, dont l'activité est autre et de moindre qualité que normalement.

Sans cause ni lésion connues, sans trouble ni signe corporels, un homme à la santé florissante peut encore être tenu pour malade, s'il délire par exemple. Il a la conviction intime que ses voisins le persécutent, l'injurient, le menacent, il entend leurs voix agressives la nuit, le jour, au travers des cloisons, dans les souffles du vent, le bruissement des feuilles, le chant des oiseaux. Ils lui prennent sa propre pensée, l'empêchent d'agir, de parler, ou l'y forcent au contraire à d'autres moments ; ils lui coupent, lui changent ses organes, le dédoublent, etc. Il n'est plus adapté à notre langage, à notre comportement, à notre société ; son psychisme fonctionne autrement qu'il le faudrait, c'est un malade à interner.

Ainsi, devant chaque cas, le médecin utilise un savoir technique précis, compliqué, en vue d'un diagnostic, d'un pronostic, d'un traitement, et il voit dans la maladie bien autre chose que le profane ; c'est une connaissance technique, donc une construction spéciale. Mais si technico-

scientifique que soit cette connaissance, elle a un accompagnement intime, comme un motif ou un indicatif musical, qui répond à un jugement de valeur. Le médecin valorise son savoir lorsqu il s'en sert *in concreto* et même *in abstracto*. Lésion, déséquilibre fonctionnel, désadaptation, destruction, etc., impliquent une appréciation péjorative, comme cicatrisation, rééquilibre, suppléance, compensation, etc., sous-entendent une appréciation laudative. On apprécie ce qui est par rapport à ce qui devrait être suivant une norme empirique ou rationnelle, très variable avec les cas et les points de vue envisagés, mais pourtant plus ou moins centrée sur l'idée de fonction.

III. — Une lésion qui ne perturberait en rien la marche de l'organisme serait comme inexistante ; un microbe pathogène qui ne déclencherait aucune réaction organique serait nul, pour le médecin comme pour le malade. Inversement, l'organisme peut se dérégler et souffrir sans qu'il y ait de lésion ni de microbe en cause, comme y insiste de nouveau la médecine moderne dans ses recherches endocriniennes et neuro-végétatives. C'est donc bien au trouble de l'activité même de l'organisme que nous rattachons l'essence morbide. Le mal n'est pas conçu dans la cause extérieure ni dans le seul effet anatomique, mais dans le fonctionnement de l'organisme. « La vie est l'ensemble des forces qui résistent à la mort » disait Xavier Bichat. Il faudrait remplacer « forces » par « fonctions ». Il y a bon fonctionnement, valeur idéale appréciée comme la meilleure et comme celle qui doit être ; ou mauvais fonctionnement, valeur péjorative appréciée comme la pire et comme celle qui ne doit pas être.

La notion de fonction non seulement supporte mais implique ce caractère. Le sens mathématique de rapport de dépendance ne suffit pas à définir la fonction organique dans la pensée médicale courante, invinciblement acoquinée à la téléologie. Sans traiter le grave problème de la finalité en biologie, quelques remarques seront peut-être per-

mises (1). L'homme ne comprend bien, ou ne croit bien comprendre, que ce qu'il humanise. Il ne pouvait pas ne pas étendre aux êtres vivants, dont l'organisation même en évoquait la notion, la finalité, c'est-à-dire l'orientation vers un but, l'adaptation de moyens à des fins. Mais dans l'organisme d'une part tout n'est pas fonction, d'autre part la fonction n'est pas anthropomorphiquement intelligente. Avec E. Goblot pourrait-on recevoir la définition suivante : « une propriété d'un tissu vivant est dite fonction quand elle est la fin de son organisation » (A). Finalité inintelligente explique l'auteur, dont la finalité intelligente ne serait qu'un mode secondaire et particulier. E. Rignano, soutenant un vitalisme énergétique, disait dans le même sens : « la fin est le résultat final toujours le même auquel conduise de façon normale des processus donnés qui changent par réaction lorsque changent les circonstances » (9).

Or, le bât blesse en deux endroits. D'abord, prendre la finalité intelligente pour une forme secondaire et particulière de la finalité inintelligente revient à renverser l'ordre naturel des choses en dépit du témoignage psychohistorique. Ensuite, apparaît contradictoire dans les termes une définition qui nie son principal élément constitutif afin d'adhérer à un autre concept résultant de l'amputation du premier. Psychologiquement, finalité implique but, but suppose intelligence, intelligence exige conscience, médiate ou immédiate. La notion téléologique ne possède de valeur qu'en vertu de son intelligibilité, et celle-ci

(1) Nous n'avons pas à choisir ici entre le mécanisme et le finalisme biologiques en tant que doctrines. La discussion demeure ouverte parmi les biologistes, dont certains se lancent fougueusement au visage les anathèmes de « matérialistes » et de « métaphysiciens ». Avec une sage modération, reconnaissons-le. L. Cuénot, par exemple, crut pouvoir insister dans un sens téléologique par la mise en lumière des coaptations anatomo-fonctionnelles (pelage et plumage, yeux, plantes carnivores, organes d'accrochage, etc.). Pour nous, il suffit que l'organisme humain soit conçu par le médecin comme un système fonctionnel, pour que nous retenions la valeur psychologique de cette conception sans être obligé d'en poursuivre la critique doctrinale ou métaphysique.

tient au rapport intentionnel nécessairement contenu dans l'idée de finalité. Mieux vaudrait donc conserver son sens fort à la finalité et chercher un autre vocable pour désigner l'aspect finaliste n'impliquant ni l'intelligence, ni l'anthropomorphisme. Le but céderait la place au terme et, faute de mieux, on pourrait parler de *terminalité* dans le sens de finalité inintelligente. Une fonction, dirions-nous alors, est un processus orienté vers un terme défini, propre et identique, adapté aux conditions biologiques de l'organisme. La fonction de l'hématie, par exemple, est de fixer l'oxygène parce que cette propriété représente un processus orienté vers la production d'oxyhémoglobine, terme défini, propre, adapté aux conditions d'existence de l'hématie et de l'organisme, caractères que ne possèdent ni la carbohémoglobine, ni l'oxycarbohémoglobine produites dans l'intoxication carbonée. Bon fonctionnement dans le premier cas, mauvais dans le second, qui est pathologique.

Système de fonctions dont l'activité tend synergiquement à la conservation du tout, voilà la conception habituelle de l'organisme, qui rejoint la « persévérance » spinosiste, et le « phénomène qui continue » de Félix Le Dantec. Nous ne retiendrons pas l'aphorisme opposé de Claude Bernard — « la vie, c'est la mort » — accordant la primauté aux conséquences destructives de l'activité vitale et minimisant son effort constructif. Pas davantage ne nous arrêtera l'hypothèse de tendances destructives élevées au rang d'instincts de mort par Freud. Le médecin s'avère terriblement conservateur en biologie, parfois avec la nature, souvent contre elle. Malgré la boutade de l'anatomiste Farabeuf disant, bien avant Knock, que « la santé est un état qui ne présage rien de bon », le médecin la considère comme le souverain bien et s'attache à la préserver ou à la rétablir. Précisons maintenant les concepts du pathologique.

§ 3. Les concepts

Les conceptions médicales de la maladie varièrent avec les doctrines de chaque époque (hippocratisme, galiénisme, humorisme, solidisme, iatro-mécanicisme, vitalisme, etc.) et il n'y aurait guère profit à les étudier ici. Par contre, il importe d'expliciter le concept général de pathologique infus dans la pensée médicale. Schématiquement, trois sortes de concept se mêlent qui doivent être distingués sous peine de confusion, l'un quantitatif, les deux autres qualitatifs et opposés.

I. — Le concept *quantitatif* identifie d'une part le normal, le sain, le physiologique, d'autre part l'anormal, le malade, le pathologique. Le normal s'apparente au sain, car ce qui se rencontre tout le temps marque par là même une adaptation nécessaire ou du moins convenable aux conditions biologiques. Le normal c'est la règle au sens statistique, ce qui se rencontre constamment ou le plus souvent, le type habituel ou moyen. Il est normal pour l'homme de posséder deux yeux parce que tous les individus les possèdent, d'avoir une taille aux environs de 1 m. 65, parce que telle est la moyenne arithmétique dans nos régions. Le pathologique devient alors l'anormal et se définit comme l'écart de la moyenne ou du type. Il est pathologique de mesurer plus de 2 mètres ou moins de 1 mètre, d'être myope ou migraineux, car telle n'est pas la règle.

Cette normalité contient une équivoque qu'il faut dénoncer. On doit choisir entre deux idées couramment confondues et ne pas passer de l'une à l'autre sans le spécifier : l'idée de sain, de bien, de vrai, et l'idée de règle, de moyenne, de plus grande fréquence. Celle-ci seule convient, comme tendrait à l'admettre, semble-t-il, M. A. Lalande (C). En effet, pathologique et anormal, comme sain et normal, n'ont ni la même compréhension, ni la même extension. La rougeole, le coryza sont des faits normaux, disons des maladies normales dans nos populations parce que presque

tous les individus sont appelés à les contracter. Par contre, le paludisme, la trypanosomiase, normales aux colonies seraient anormales à Paris, où les conditions de la première infection ne sont pas ordinairement réalisées. A l'inverse, la musculature athétique, la beauté corporelle parfaite, l'intelligence supérieure, la santé intégrale et permanente sont évidemment des exceptions donc des anomalies, des faits anormaux, au sens statistique, mais dépourvus de tout caractère morbide. Anormal ne signifie malade que dans la mesure où l'on y ajoute l'idée même de maladie ; malade ne signifie anormal que dans la mesure où l'on y voit un état exceptionnel. La notion de pathologique ne relève donc pas d'un jugement quantitatif ni d'une loi statistique.

II. — Le concept *qualitatif* se dédouble en une forme positive et une forme négative. L'aspect négatif séduit souvent par les commodités de son verbalisme : est malade ce qui n'est pas sain, ce qui rompt l'idéale harmonie de l'organisme. C'est un mal par défaut, qui n'a pas d'existence en soi. Vue superficielle qui n'épuise pas la question, nous le verrons. Jaspers pousse la négativation jusqu'à refuser également la notion statistique et la notion qualitative de la maladie en sorte que, niant à la fois le sens quantitatif et le sens qualitatif du pathologique, il en vient naturellement à ne plus lui trouver aucun sens et à conclure au « concept général de non valeur qui comprend toutes les valeurs négatives possibles » (5). Mais l'auteur ne se contredit-il pas lorsqu'il affirme ensuite la seule légitimité de cette proposition positive : « voilà un phénomène défavorable selon qu'on se place à tel ou tel point de vue ; ou bien : voilà un phénomène qui entraînera sans doute ou même certainement dans un avenir proche des phénomènes plus défavorables encore, par exemple : le début d'un processus qui mène à la mort, ou la perte de certaines aptitudes, etc. » (10). Cela ne revient-il pas à décrire en termes particuliers et concrets ce que l'on

condense dans le concept de pathologique ? Par conséquent, si la description spéciale, *in concreto*, s'avère légitime la notion générale correspondante, *in abstracto*, doit l'être aussi. En outre, parler de valeurs négatives exige le jugement de valeur que l'auteur voulait proscrire. Ainsi, Jaspers réintroduit clandestinement par l'escalier de service la notion de valeur qu'il avait avec fracas chassée par le grand escalier. D'ailleurs, il en reconnaît implicitement l'intérêt phénoménologique en l'utilisant dans les directives méthodologiques qu'inspirent son essai de synthèse des maladies.

Cette conception négative de la maladie ressuscite la doctrine scholastique du mal ayant une cause déficiente et non efficiente. Des trois espèces de mal que distinguait Leibniz, seule l'espèce physique est à retenir, en dehors d'ailleurs de toute théodicée. Pour le médecin, il n'y a pas absence de perfection, de caractère négatif, mais présence d'imperfection, de caractère positif. Encore objecterait-on que l'imperfection, le moindre bien sont de qualité proprement négative. Il s'agirait précisément de savoir ce que cela signifie. Pour être rationnelle, la discussion doit porter sur le fond plus que sur la forme.

III. — L'état morbide, nous l'avons vu, s'affirme positivement. Peut-on le définir davantage ? Beaucoup s'y essayèrent sans grand succès. Que l'on invoque Hippocrate et la prédominance d'une des humeurs par perversion de la force vitale, Galien et l'altération des humeurs, ou Broussais et l'irritation excessive ou irrégulière, la maladie n'en serait guère mieux conçue. La plupart dirait aujourd'hui avec M. Maurice Lœper : « la maladie est un ensemble de réactions insolites, provoquées par des agressions mécaniques, toxiques ou microbiennes et accompagnées de bouleversements cellulaires et humoraux plus ou moins définitifs ou durables et parfois mortels » (17). Cela précise le cadre, mais ne caractérise pas le tableau. On y retrouve l'idée ancienne de lutte, de défense de l'organisme contre la

maladie, comme dans cette définition quasi-verbale de G.-H. Roger ; « La maladie est l'ensemble des phénomènes qui se produisent dans un organisme subissant l'action d'une cause morbifique et réagissant contre elle » (5). Résidu anthropomorphique qui ne répond guère à la réalité, et contre lequel Claude Bernard, déjà s'était élevé. Là n'est pas la bonne interprétation. Poussons plus loin.

Avec son autorité reconnue, M. René Leriche va fournir de l'eau à notre moulin. Considérant toute la complexité des phénomènes morbides, il renonce à les définir dans une formule unique (29) et ce serait fort sage s'il ne persistait quelque malaise intellectuel. Mais au cours de son intéressante analyse, R. Leriche nous apporte mieux. S'il se réfère d'une part à Claude Bernard pour admettre que la maladie obéit à un déterminisme physiologique et est donc une « physiologie déviée », il se tourne d'autre part vers son expérience personnelle et corrige efficacement l'opinion classique en soutenant que l'organisme malade « subit moins désormais la loi d'une physiologie déviée que celle d'une physiologie nouvelle, où beaucoup de choses, accordées à des tons nouveaux, ont des résonances inusitées » (28). Par exemple, la calcémie varie par résection d'une artère thyroïdienne inférieure chez l'hypercalcémique, alors qu'elle ne change pas dans l'ablation d'une parathyroïde chez l'individu sain. Une fracture du col du fémur s'accompagne de décalcification périfocale et distale, d'hypercalciurie, qui persistent même après l'achèvement de la consolidation osseuse. A l'occasion d'une forte émotion ou de certaines affections organiques, des individus auparavant sains deviennent émotifs ou pervers, comme s'il se produisait une réforme constitutionnelle, un nouveau comportement équilibré sous une modalité différente. Ces faits éclairent le médecin sur ce qu'il pense au fond, pour peu qu'il y réfléchisse.

Il ne suffit plus de dire avec Claude Bernard qu'il n'y a qu'exagération ou désharmonie des phénomènes normaux

et de reprendre la vieille idée de « rupture d'équilibre » comme s'y emploie J. Lefèvre dans un ouvrage qui pourtant veut être critique. Sans doute aime-t-on à répéter que tous les degrés existent entre la santé et la maladie et que sont indiscernables leurs frontières. Sans doute ce principe de continuité vaut-il s'il signifie l'unité d'action de l'organisme vivant, qui dure comme il peut, mais il n'en découle pas que tout puisse être pesé sur le même plateau de la balance. E. Techoueyre continuant Claude Bernard, Broussais, A. Comte, Th. Ribot, insista sur « l'erreur des antagonismes », c'est-à-dire sur l'opposition jugée par lui artificielle, entre santé et maladie, chaud et froid, nuit et jour, etc., et, sensible au Bouddha, il ne voit partout que dynamisme continu, changement. Mais on ne doit pas confondre la continuité des changements avec les changements eux-mêmes, et ce sont ces derniers qui comptent. L'existence de transitions entre l'état hygide et l'état morbide, de continuité organique, n'empêche point le pathologique de ne se constituer qu'à partir d'un certain moment et d'une certaine situation, qui justement marquent un changement morpho-physiologique. De même la continuité de l'échelle de température n'empêche pas qu'à un certain degré, appelé zéro, l'eau se transforme de l'état liquide à l'état solide ; comme on apprécie différemment ces deux états, dont les propriétés sont distinctes, on apprécie différemment santé et maladie. Il ne s'agit pas d'antagonisme, mais de différenciation, exigence de notre organisation psycho-somatique. La théorie physico-humorale d'Auguste Lumière en offre un exemple très simple, voire trop simple : la maladie, le vieillissement et la mort résultent du passage de l'état colloïdal de structure micellaire (granules de diverses tailles animés de mouvements browniens) à l'état de floculation.

La pathologie mentale susciterait-elle d'autres obstacles ? Certes nous serions le dernier à contester les différences qui existent entre les troubles mentaux et les

troubles physiques. Les critères, la forme, le contenu de la pathologie mentale lui sont propres, et le psychiatre appréhende les phénomènes avec une méthode et dans une perspective qui ne sont pas celles du chirurgien ni du médecin ordinaire. Mais, pour être les plus complexes, les plus subtiles et les plus fragiles des fonctions, les fonctions psychiques ne s'insèrent pas moins dans les déterminismes organiques habituels, et, sous une autre expression, leur pathologie pose les mêmes problèmes généraux et les mêmes notions essentielles.

Les conceptions dynamistes et hiérarchisées actuellement en honneur autorisent une manière de voir conforme à ce qui vient d'être dit. Pierre Janet adopte le principe de la hiérarchie fonctionnelle et invoque l'abaissement de la tension psychologique pour expliquer la régression ou plutôt l'écart de la pensée par rapport au réel. « Le délirant, écrit-il, c'est un individu qui place mal sa parole dans la hiérarchie des degrés de réalité. » La croyance morbide réalise une économie psychique, un équilibre économique inférieur. S. Freud parle de fixation ou de régression à un stade infantile du développement instinctivo-affectif, de dérivation, de projection, de sublimation de la libido selon des déterminismes psychologiques plus ou moins complexes. Bien qu'il soutienne l'idée du passage continu du sain au morbide et de la valeur purement pratique de la notion de maladie (1), par une erreur que nous avons

(1) « Qu'aucune frontière nette n'existe entre les « nerveux » et les « normaux », enfants ou adultes ; que la notion de maladie n'ait qu'une valeur purement pratique et ne soit qu'une question de plus ou de moins ; que la prédisposition et les éventualités de la vie doivent se combiner afin que le seuil au delà duquel commence la maladie soit franchi ; qu'en conséquence de nombreux individus passent sans cesse de la classe des bien portants dans celle des malades nerveux et qu'un nombre bien plus restreint de malades fasse le même chemin en sens inverse, ce sont là des choses qui ont été si souvent dites et qui ont trouvé tant d'écho que je ne suis certes pas seul à les soutenir » (D, 226).

Dans d'autres textes, Freud affirme le principe de l'identité foncière des mécanismes en psychologie et en psychopathologie. Et pourtant ces méca-

déjà rectifiée, sa conception même de la névrose exige une construction psychologique spéciale et active, un autre aspect de la personnalité, dont la valeur dépasse singulièrement le cercle étroit de la pratique.

Cette structure propre à la conscience morbide en représente un trait fondamental, souligné avec vigueur par Charles Blondel insistant sur son caractère particulier d'être rebelle au système des représentations collectives. D'autres auteurs, dont E. Gelma, revinrent sur la désocialisation de l'esprit délirant pour y voir un mode particulier de pensée. R. de Saussure, cherchant les critères de la norme, ne croit pas devoir les formuler, mais retient cependant l'adaptation de nos besoins au milieu et l'autonomie de la personne (passage génétique de l'obéissance infantile à la maîtrise adulte) ; ce qui revient à dire que le malade mental sera un désadapté et perdra ou n'acquerra pas son autonomie, donc présentera une personnalité autre, donc de structure particulière et de valeur différente. La conception d'Hugling Jackson, reprise et développée en psychiatrie par Henri Ey, puis Jean Delay, admet trois points principaux : 1° une hiérarchie des fonctions neuro-psychiques ; 2° une dégradation variable de ces fonctions suivant le processus morbide en cause, d'où un trouble déficitaire ; 3° une activité des fonctions subsistantes, libérées des contraintes supérieures, créatrices d'un ensemble de symptômes positifs, qui se mêlent aux symptômes négatifs. K. Goldstein, inspiré par la gestaltthéorie, considère l'harmonie de l'organisme avec son milieu comme un état privilégié, une bonne forme, alors que la maladie détermine de nouvelles constantes organiques, une réadaptation, un nouvel équilibre.

Le débile mental, dit-on, se caractérise par une dimi-

nismes ne fonctionnent pas pareillement ; et pourtant Freud élève la névrose au rang de fonction psychopathologique qui, par définition, ne saurait exister chez l'individu sain.

nution globale et quantitative de l'intelligence, un niveau inférieur, c'est vrai. Mais l'intelligence réduite qu'il possède il s'en sert et l'exprime sous des formes propres, actives, positives, qui lui confèrent une manière d'être qualitative. L'aliéné ne perd pas toujours autant qu'on le croit ses fonctions sociales, en ce sens qu'elles sont souvent moins détruites que désadaptées du fait des conditions d'exercice différentes par rapport au milieu social inchangé. Des délirants paranoïaques ou passionnels témoignent d'une suractivité psychique productive encore adaptée au réel social, quoique morbide. On ne doit pas confondre inadaptation avec inexistence. Certains, tel Arthur Kronfeld, vont sans doute trop loin dans cette voie en tenant la psychose pour un état supérieur à l'état normal, exaltant toute la puissance de la personnalité, ce qui n'est vrai que de cas particuliers dont on ne pourrait sans sophisme tirer un principe général. Donc, en psychiatrie comme ailleurs, la notion de pathologique s'avère pleine, positive et s'édifie sur un fonctionnement différent autant que sur une déficience des fonctions.

Le pathologique répond à un état différent plus qu'à une absence d'état, à une structure différente plus qu'à une absence de structure, à un fonctionnement différent plus qu'à une absence de fonction, si l'on considère l'ensemble du processus morbide et la solidarité intrinsèque des systèmes de l'organisme, notion confirmée par la science moderne. Il ne s'agit pas du tout d'une autre nature, mais d'une autre modalité de la nature, et l'on ne doit pas oublier que la maladie est encore de la vie. Symptôme, affection, maladie (1) figurent à chaque échelon de

(1) Techniquement, le concept de maladie se distingue de celui d'affection, pathologie d'organe. La maladie, comme la définit G.-H. Roger, est « le processus morbide envisagé dans toute son évolution, depuis sa cause initiale jusqu'à ses conséquences dernières » (7). Elle représente une « espèce morbide », telle la tuberculose avec ses « genres » pulmonaires, cutané, ostéo-articulaire et leurs multiples « formes cliniques ».

On n'a pas manqué de médire de la nosologie et des classifications systé-

la connaissance la manifestation locale, régionale ou générale d'un processus pathologique qui déborde toujours la détermination apparente et actualise les plus riches virtualités fonctionnelles de l'organisme. Sans être bergsonienne, la maladie est créatrice à sa manière. Et le médecin, qu'il soit chirurgien ou psychiatre, matérialiste ou spiritualiste, moniste ou dualiste, la sentira bien ainsi et l'appréciera pareillement.

§ 4. Du jugement d'existence au jugement de valeur

En dernière analyse, on aboutit à cette conclusion inattendue si elle n'eût été préparée par les considérations précédentes : la notion de pathologique dépend d'un jugement de valeur. Entendons-nous.

D'un côté, la pathologie existe en tant que science et, à ce titre, se borne à des jugements de réalité et à la recherche du vrai et de la légalité des phénomènes morbides. De l'autre côté, le médecin réagit avec toute sa personnalité, affectivement aussi bien qu'intellectuellement, et raisonne d'une façon pragmatique autant que spéculative. S'il constate certains phénomènes par un jugement existentiel, il apprécie leur qualité morbide par un jugement de valeur. La simple constatation d'albumine dans les urines serait inopérante et insignifiante si elle ne prenait le sens d'une modification péjorative du fonctionnement rénal par

matiques. Jaspers n'y voit que des cadres morts, Techoueyre crut bon d'en faire d'inutiles abstractions, résidus verbaux de l'argument d'autorité, et pour peu que l'on se pique d'expérience clinique, on répétera facilement (Cruchet, Delore, etc.), qu'il n'y a « pas de maladies, mais des malades ». Nous sommes bien placé pour savoir combien tout cela peut, en effet, être critiquable ; et nous garder de prendre l'ombre pour la proie. Mais ces critiques dépassent leur but et s'aveuglent quand elles ne reconnaissent plus la nécessité spéculative et utilitaire des cadres cliniques, résultats d'une observation millénaire correspondant à des groupements concrets de phénomènes et fournissant un instrument de travail incomparable. Sans eux, il n'y aurait pas de connaissance clinique ni même technique possible. Le médecin le plus négateur s'y réfère malgré lui, sous peine de ne plus faire de médecine. L'existence d'une esthétique du pathologique vient encore consolider cette position.

exemple. L'appréciation n'est donc pas réservée à l'acte thérapeutique, comme le voulait E. Goblot, assignant l'idée de fin à la pathologie et l'idée de bien à la thérapeutique. Il considérait la santé comme « le bien qui résulte de l'état normal » et tenait pour « pathologique, ce qui étant anormal, ne peut devenir normal » (6). Nous ne reviendrons pas sur la critique des termes normal et anormal, mais nous soulignerons encore la co-extension et la co-compréhension des notions de mal et de pathologique, de bien et de santé. Théoriquement, il y aurait d'abord jugement existentiel, puis jugement appréciatif et le passage de l'un à l'autre supposerait un changement de perspective, une modification de l'attitude consciente. En fait, il ne s'agit plus de logique formelle, et la gémellité s'impose des deux jugements constitués dans le même acte de pensée saisissant le phénomène morbide. Le jugement médical, qu'il soit diagnostique, pronostique ou thérapeutique, s'affirme toujours laudatif (état hygide) ou péjoratif (état morbide), par une sorte de manichéisme biologique. Le médecin est le moraliste de la chair contrite, le confesseur de l'organisme en état de péché... souvent mortel. Autrement dit, la *valeur* biologique imprègne tous les actes médicaux.

Cela ouvrirait une discussion sur la philosophie des valeurs qui ne serait pas à sa place ici. « La vie est une valeur, synthèse spécifique d'ordre et d'activité » (147) écrit Dupréel (1), que nous rejoindrons peut-être sur ce

(1) Cet auteur, après d'autres philosophes, accorde au jugement de valeur la primauté et s'inspire d'une philosophie probabiliste. A tout considérer sous l'angle de la valeur, il pense échapper aux antinomies rationnelles. L'idée d'excellence, de supériorité, de hiérarchie caractérise la notion de valeur, définie par les deux traits de « consistance » (rapports de valeur, même à l'égard du réel) et de « précarité » (exigences de la nécessité). Les valeurs sont multiples et irréductibles, les unes relatives (dépendant de la consistance d'une autre valeur), les autres absolues, occupent le sommet de la hiérarchie : beau, vrai, bien.

Pour intéressantes que soient ces considérations, elles demeurent sur un plan formel et logique qui ne saurait nous être directement d'un grand secours sur le plan psycho-esthétique auquel nous devons rester fidèle.

point. La notion de pathologique s'édifie donc sur deux socles conjoints : le jugement d'*existence* phénoménal et le jugement de *valeur* médico-biologique. Celui-ci possède une qualité bio-technique, et non point morale, logique ou esthétique, bien qu'appartenant à l'ordre des valeurs. Ainsi, dans le beau cas, il n'y a point simple passage d'un jugement de réalité à un jugement de valeur, mais glissement d'une espèce de valeur à une autre, en d'autres termes transformation de la valeur biologique en valeur esthétique. On connait bien déjà, dans d'autres domaines, cette transmutation des valeurs, de l'ordre religieux à l'ordre moral, de l'ordre moral à l'ordre esthétique ou inversement. Ici, c'est la valeur logique qui devient esthétique. Le même « moyen », la pathologie, sert à deux « fins », exemple du « polytélisme » dont parlait C. Bouglé (90), qui soulignait avec raison les deux processus complémentaires de « différenciation » et de « conjonction » des valeurs. Cette transmutation dépend de multiples conditions extrinsèques et intrinsèques, et de l'ensemble résulte l'attitude esthétique finale.

Chapitre III

LES CONDITIONS ANESTHÉTIQUES

§ 1. Données sensorielles

A juste titre, M. Ch. Lalo définit sous le terme « anesthétique », « ce qui n'est pas contraire aux exigences du beau, mais reste en dehors d'elles, ce qui n'est pas susceptible de qualification esthétique positive ou négative » (D, ch. II). Sans valeur esthétique par elles-mêmes, ces conditions n'en jouent pas moins un rôle éminent dans la genèse des œuvres d'art, l'émotion contemplative et le jugement de goût. Les plus simples d'entre elles, ou plutôt les moins élevées dans la hiérarchie, sont les données sensorielles. Parmi les questions qu'elles soulèvent nous n'aurons à retenir que celles des sens dits esthétiques, des types sensoriels subjectifs et de la structure objectale.

I. — Il est classique d'admettre, à la suite de Kant, Maine de Biran, V. Cousin, Jouffroy, comme seuls sens esthétiques la *vue* et l'*ouïe*. Ce sont, en effet, les plus complexes, les plus intellectuels, les plus intimement liés à l'exercice du langage et de la pensée, partant les plus socialisés ; ce sont aussi les seuls qui fournissent des arts proprement dits (peinture, musique, poésie...), la gastronomie et la parfumerie n'étant élevées à la dignité artistique que par ambitieuse métaphore. M. Ch. Lalo, s'appuyant sur Lotze, Maine de Biran, Ribot, Baldwin, Arréat, invoque la participation du sens musculaire à la vision et à l'audition pour expliquer leur prééminence artistique, les organes

sensoriels correspondant étant à la fois récepteurs et producteurs, spontanément passifs et volontairement actifs. Le toucher, dont la valeur kinesthésique est pourtant la plus grande, ne serait qu'à demi esthétique en raison de sa minime collaboration avec l'effort volontaire. Ces considérations valent sans doute, mais demeurent partielles. L'essentiel réside dans le mode d'organisation physiologique propre à l'homme et constituant une hiérarchie sensorielle en rapport avec les tendances et les besoins, spatialisés et temporalisés avant que d'être socialisés. En physiologie, on ne saurait parler de la passivité du moindre récepteur sensible, car du fait qu'il subit un stimulus extérieur, il y réagit activement et détermine tout une chaîne de résonances organiques auxquelles répond la coenesthésie et pas seulement la kinesthésie.

Que les arts soient seulement visuels et auditifs, c'est assez évident. D'après J. M. Baldwin, le Ὑοχαλον aurait d'abord été appliqué aux objets visuels, et spécialement à la forme humaine féminine (1). Mais que les réactions esthétiques soient exclusivement limitées à la matière de ces deux espèces sensorielles, cela représente une autre question. Sans adopter le vitalisme excessif de Guyau, qui conduirait à admirer béatement l'évolution du bol alimentaire en bol fécal, sans qu'aucun vitalisme soit même en cause, il semble psychologiquement légitime d'évoquer une possible esthétique mineure à partir d'une matière tactile, olfactive, gustative (2). Le beau cas peut en fournir un

(1) Le terme grec « Seems to have been applied at first to objects of sight (so in Russian until very recently), especially to the human form (Hesiod uses it of the female, not of the male » (B, mot Beauty).

(2) J.-M. Guyau donna, entre autres exemples, la sensation extraordinairement suave qu'il ressentit au contact de la glace sur son front enfiévré. Et il ajouta : « Peut-être aussi, dans la maladie, la délicatesse du système nerveux étant excessive, les moindres sensations nous ébranlent profondément et tendent ainsi à prendre une nuance esthétique qu'elles n'ont pas en temps ordinaire » (A, 62). Remarque juste, qui pourrait faire l'objet d'une étude spéciale. Certains malades mentaux (hypomanes, schizophrènes, épileptiques, déments) vivent parfois un aspect esthétique du monde, un embellissement

exemple particulier certes, mais néanmoins positif. Si le pathologique se manifeste d'ordinaire sous une forme visuelle ou auditive, il lui arrive parfois de prendre une forme *tactile*, laquelle, au même titre que les autres, peut inspirer un sentiment esthétique. Telle crépitation neigeuse d'une fracture de côte, tel frémissement cataire d'un rétrécissement mitral, telle contracture abdominale, tel phénomène de la roue dentée pourront être en soi des beaux cas. Leur matière sensorielle sera tactile : appréciation d'une consistance, d'un effort, d'un rythme, d'une vibration motrice, etc. Serait-ce extraordinaire ? Non. Certains sculpteurs, comme Rodin, éprouvent une jouissance à la fois sensuelle et esthétique à palper le modelé du sujet vivant et de la matière sculptée. Le simple connaisseur parfois voudrait aussi contempler avec les doigts et se fondre avec les courbes prestigieuses. « Palper, c'est déjà sculpter » note Alain (B, 17).

On objecterait aisément que la palpation d'une forme évoque son image visuelle et que par l'intermédiaire de celle-ci s'opère le transfert esthétique. L'aveugle-né, dépourvu de toute association visuelle, élève-t-il au rang de sens esthétique ses impressions tactiles ? Si l'on se réfère à l'émouvant travail de Pierre Villey, on constate l'état rudimentaire de l'esthétique du toucher chez les aveugles, qui préfèrent les lignes droites et courbes aux lignes brisées, apprécient la finesse du grain, le poli, le velouté, mais restent indifférents à la sculpture. La voix, avec ses inflexions nuancées, la musique, les intéressent bien davantage. L'auteur, dans son effort d'ailleurs mesuré pour convaincre les clairvoyants de la normalité mentale des aveugles, écrit : « la perte d'un sens non seulement n'altère pas en nous le sentiment du beau, mais n'exerce

des choses, véritable *pancalisme délirant* tributaire de la psychopathologie. Cette vision esthétique du monde s'apparente sans doute à la part de « théâtralisme » que bien des psychopathes vivent sous forme de délire. La question mériterait d'être étudiée dans le cadre de la pathologie de l'esthétique.

aucune influence fatale sur les jouissances esthétiques des autres sens » (270). Il n'en formule pas moins une critique très judicieuse du célèbre cas d'Helen Keller, cette américaine aveugle (à 18 mois), sourde, muette, qui apprit néanmoins l'anglais, l'allemand, le français, le latin, le grec et fit de brillantes descriptions littéraires, riches d'images auditives et visuelles adéquates ; elle prétendait y trouver une jouissance esthétique complète, et les admirateurs d'y applaudir. En réalité, les mots restaient vides de toute représentation sensorielle concrète et n'avaient que la valeur d'un verbalisme de virtuose, grâce à une mémoire exceptionnelle. Ces malheureuses infirmités enseignent donc que, si l'intégrité multi-sensorielle n'est pas nécessaire au développement des sentiments esthétiques, par contre l'absence de la vue et de l'ouïe n'augmente pas la valeur esthétique des autres sens, bien qu'elle stimule leur activité. Peut-être par défaut ou insuffisance d'armature sociale, sûrement par déficience de la charpente intellectuelle et sentimentale. Lorsque celle-ci existe, comme dans la donnée particulière du beau cas, l'impression tactile est recherchée pour elle-même et satisfait par elle-même esthétiquement.

L'*odorat* médical s'exerce sur des odeurs généralement assez éloignées des capitaux parfums floraux. A l'instar du flair canin, il joue parfois un rôle technique en dépistant par l'odeur la fleur morbide nauséabonde. L'habitude permet de vaincre les plus repoussantes des sensations malodorantes sur la description desquelles il ne paraît pas indispensable d'insister. Dégoût, accoutumance, désir figurent les trois stades évolutifs du processus fonctionnel hédonique par lequel l'homme en vient à aimer passionnément l'alcool, le tabac, le swing, la poésie absconse, la peinture abracadabrante... A peine oserons-nous dire pourtant que l'odeur fade, humide et fétide à la fois de l'autopsie peut avoir quelque charme, que l'odeur putride de la gangrène pulmonaire ou l'odeur infecte et *sui generis*

du cancer ulcéré du col utérin peut se charger d'effluves esthétiques. Le médecin sent littéralement la maladie comme le chien renifle avec ardeur la piste de la proie. Il ne s'agit plus d'une mauvaise odeur, mais d'un symptôme olfactif qui, dans sa plénitude caractéristique, peut atteindre à la beauté tout comme un signe visuel ou auditif. « Être c'est être perçu » disait Berckeley, mais percevoir c'est prendre une conscience préorientée de la sensation qui, dans le précédent exemple, se trouve neutralisée dans sa qualité physiologique primitive et investie d'une qualité psychologique complexe, technico-esthétique.

Nul doute que le *goût* n'offrirait autant de possibilités que l'odorat, si la gustation n'était tombée complètement en désuétude dans la médecine moderne. Nous voilà privés de dégustations médico-esthétiques, sans avoir toutefois trop à le regretter.

II. — Surtout visuelles et auditives, accessoirement tactiles, éventuellement olfactives, telles sont les données sensibles capables de constituer la base d'une superstructure esthétique. Le donné sensible est « pris » autant que « donné », et par suite dépend de la manière de prendre de chaque sujet, chez qui intervient ce que l'on appelle le *type sensoriel*. Sans opposer les types visuel, auditif, moteur, sans les réduire non plus comme certains l'ont fait au type moteur, on admettra la primauté chez beaucoup d'un mode d'appréhension sensorielle, les uns accaparant mieux et davantage les sons, les autres les formes et les couleurs par exemple. Si les peintres sont parfois musiciens — Ingres ne taquinait-il pas avec quelque succès son violon ? —, les musiciens ne sont jamais peintres. On voulut même caractériser le type auditif musical par la morphologie de l'oreille externe, comme on distinguerait par l'oreille seule un cheval d'un âne. Léon Mac Auliffe décrivit aux grands musiciens un large pavillon auriculaire, à la vaste conque, aux lobes développés et non adhérents, au modelé ferme, de type harmonieux. A cette constitution

morpho-physiologique déterminée, les psychanalystes ont opposé parfois une orientation fonctionnelle résultant de l'évolution de la libido. Tel W. Bischler qui, délaissant l'œuvre, s'attache à l'aptitude artistique inclinant à être peintre, musicien, sculpteur, poète, danseur. Cette aptitude serait tributaire de l'importance acquise respectivement par les diverses zones érogènes : la zone génitale inciterait à l'oblation de l'acteur ; la zone anale conduirait au maniement des matières pâteuses de la peinture et de la sculpture ; la zone buccale inviterait à la poésie, au chant ; l'érotisation musculaire lancerait vers la danse. On pourrait être plus fantaisiste.

Retenons-en l'influence du développement affectif sur l'exploitation particulière d'un des systèmes de l'activité de relation et la prédisposition sensorielle physiologique, susceptibles d'intervenir non seulement dans le choix de la profession médicale, mais encore dans celui de la spécialisation. Toutes choses égales par ailleurs, un visuel sera plus tenté par la dermatologie que par la cardiologie, un musculaire par la chirurgie que par la neurologie, etc. Mais il ne semble pas qu'un type sensoriel soit spécialement dévolu aux médecins sensibles à la beauté du pathologique par rapport à ceux qui ne le sont pas.

III. — En dehors du type sensoriel propre au contemplateur, l'arrangement même des données sensibles tel qu'il est perçu cause un plaisir sensuel capable de prendre une tonalité esthétique. Les études de psychologie expérimentale de Fechner établirent que les deux rapports normalement préférés étaient la section d'or $\left(\frac{1}{1,618}\right)$ et la symétrie, que l'auteur ne réduisit pas l'une à l'autre, quoiqu'il accordât la priorité à la symétrie. Le beau, dit-on, est ce qui plaît, et certains comme Pilo, spécifient ce qui plaît avant tout aux sens. Soutiendra-t-on qu'un signe, un syndrome, une maladie se moulent dans une forme auditive ou visuelle agréable en elle-même et que

le prétendu sentiment esthétique se réduit à un simple plaisir sensuel ? Assurément non. Il est rare que la maladie réalise une harmonie sensible valable par elle-même. Dans ce cas, le plaisir sensuel de la forme se distingue aisément du plaisir esthétique propre au morbide, et le médecin jamais ne les confondra. La plupart du temps, au contraire les données sensibles n'offrent aucun caractère agréable, *a fortiori* esthétique. Tout se passe au-dessus de la perception.

Sans doute, la perception peut-elle compter davantage en d'autres circonstances. Kohler observa que les singes ont peur de certains jouets enfantins, de masques grimaçants qu'ils n'avaient jamais vus auparavant ; cela tiendrait à prouver que l'aspect perceptif pur déclenche par lui-même des réactions affectives, donc possiblement esthétiques. De son côté, la gestaltthéorie admet la valeur expressive des objets du fait de leur structure. La loi de prégnance des formes de Wertheimer énonce que « la forme est aussi bonne qu'elle peut l'être dans les conditions actuelles ». Le choix perceptif tend à réaliser les structures les plus simples, les plus régulières, les plus symétriques, de sorte que la perception prend une figure impressionniste et esthétique qui serait la plus primitive et la plus générale, comme le souligne M. Paul Guillaume dans son remarquable exposé. Il ne nous appartient pas d'en discuter sur un objet aussi spécial que le nôtre ; disons cependant que la théorie de la forme s'y appliquerait mal sous son aspect perceptivo-esthétique, et voici pourquoi.

La beauté du pathologique ne dépend pas directement de la structure perceptive. Les éléments sensibles, les types sensoriels, nous l'avons vu, ne sont que conditions extrinsèques, occasion matérielle ou formelle de poser l'objet, non construction et valorisation de ce dernier. La beauté du pathologique relève de la superstructure technique. Le sensualisme n'a donc que faire ici. Quant à la gestaltthéorie, elle ne pourrait s'appliquer que sous une

modalité générale outrepassant le domaine perceptif en utilisant la notion d'appréhension globale, totalitaire. Le beau cas représente un *tout ;* il est intellectuellement compris et affectivement senti dans sa totalité, elle-même intégrée dans la totalité organique ; de l'ensemble saisi dans un acte unique de pensée jaillit l'intuition fondamentale de beauté. Cette structuration psychologique commande de poursuivre l'analyse en passant à un échelon plus complexe.

§ 2. Conditions psychologiques

Psychologues et esthéticiens s'accordent aujourd'hui à reconnaître l'importance des réactions de la personnalité dans l'élaboration des sentiments esthétiques. Le cœur a ses raisons que la raison... apprend à connaître.

I. — Dans l'ordre affectif intervient tout un complexus aux racines profondément organiques. L'*hérédité* parut classiquement une clef explicative ; depuis Galton et avec Th. Ribot, on a continué de citer comme exemple d'hérédité psychologique la famille de Sébastien Bach qui, de 1550 à 1750 fournit 8 générations de musiciens, dont 29 furent éminents. Th. Ribot admettait l'hérédité des aptitudes artistiques, et M. Paul Poyer considère comme assez probable l'hérédité musicale, tout en soulignant l'influence de l'opportune adaptation aux besoins de la collectivité dans le succès des génies. La tradition d'une éducation technique affinée et précoce joue un rôle évident ; quand du temps des corporations on était menuisier ou magistrat de père en fils, il ne s'agissait pas d'un processus génétique. Laissons là l'hérédité, ses pompes et ses œuvres, qui n'avancerait guère notre sujet, pour envisager l'appoint caractérologique.

Les études *typologiques* sont plus que jamais d'actualité en biologie, en psychologie, en esthétique, et elles valent dans la mesure où elles parviennent à déterminer des grou-

pements distincts et concrets. En matière de classifications, on n'a que l'embarras du choix. Citons seulement, au point de vue morpho-physiologique, l'école italienne, avec Di Giovanni, Viola, Nicolas Pende, décrivant les « anaboliques » (brévilignes, vagotoniques, hypothyroïdiens, optimistes) et les « cataboliques » (longilignes, sympathicotoniques, hyperthyroïdiens, déprimés) ; l'école française, avec Claude Sigaud, Thooris, Mac Auliffe, distinguant les types respiratoire, musculaire, digestif, cérébral, et séparant les « plats » et les « ronds ». Au point de vue psychologique, Kretschmer définit les « cyclothymes » gais, bons vivants, bien adaptés, réalistes, humoristes, et les « schizothymes », hyper-sensibles, irritables, moroses, inadaptés, autistes, disposés aux arts formels ; Jung parla d' « extravertis », ouverts, souples, insouciants, et d' « intravertis », renfermés, méditatifs, méfiants, hésitants. L'opposition littéraire des classiques et des romantiques pourrait s'y retrouver.

Des types caractériels existent qui dépendent d'autant de modalités physiologiques différentes ; et leurs goûts esthétiques, leurs œuvres d'art, s'ils en créent, diffèrent également. Il paraît légitime de rechercher dans ce sens des déterminations de plus en plus précises, et même, parallèlement à la caractérologie mais sur un autre plan, de tenter une typologie artistique, comme l'essaya Liviu Rusu décrivant chez le créateur un type « sympathique » au jeu facile, et un type « démoniaque » à l'effort tourmenté.

Néanmoins, il faut avouer que les types actuellement reconnus restent discutables, que leurs liaisons psycho-organiques le sont encore davantage, et qu'ils ne peuvent à eux seuls prétendre épuiser le genre humain. Il y a d'autres types, mal décrits ou non décrits, et surtout de nombreux sous-types qui ramènent insensiblement — peut-être est-ce heureux — à l'étude complexe de l'individu. On sera parti de l'individu pour revenir à lui ; il y aura un *circulus* mais il ne sera pas *viciosus*, car sans doute nous

aura-t-il appris quelque chose. Il convient aussi de noter la présence d'émotion esthétique et de création d'art chez les individus de n'importe quel type, de n'importe quel caractère, de n'importe quel tempérament, ce qui doit nous rassurer.

Il ne pouvait être question d'exiger de nos honorables confrères qu'ils se prêtassent à ce genre d'études. Nous dûmes nous borner à une psychologie et à une physique de surface qui, malgré leur insuffisance, apportent quelque enseignement. Parmi la grande variété de caractères et de tempéraments, aucune classification ne se fit jour par rapport à notre thèse. Tel médecin émotif, expansif, enthousiaste se montra insensible ou hostile à la beauté du pathologique, alors que tel autre froid, renfermé, réfléchi s'y révéla sensible et en devint zélateur. Les traits caractériels habituels sont de mauvais repères car ils n'expriment pas suffisamment le fonds personnel et ne concernent que par approximation le plan esthétique. L'enthousiasme réprimé, modéré ou exubérant semble pourtant une condition plutôt favorisante. En voici un exemple typique. Jean-Louis Alibert, le fondateur de l'école dermatologique de Saint-Louis, après avoir manqué devenir Père de la doctrine chrétienne, embrassa la carrière médicale sur le conseil de Cabanis et de Roussel, et s'attacha particulièrement à Philippe Pinel. Enthousiaste, imaginatif, excellent orateur, c'était un passionné de la médecine. Il tenait pour pitoyable et totalement dépourvu de vocation tout médecin qui, devant une icthyose, n'éprouvait pas de palpitations. Un jour, à sa riche consultation hospitalière, se présenta un malheureux porteur d'un éléphantiasis très développé : « C'est superbe ! s'écria Alibert, tout enflammé. — Monsieur le Docteur, ça peut-il guérir ? — Je vous ferai peindre. — Mais, monsieur, puis-je guérir ? — Certainement, certainement, je vous ferai peindre ! — Pourrai-je avoir un lit dans votre service ? — Il vous en faudrait dix que vous les auriez ! Je vous ferai peindre ! » — Emprun-

tons à M. Maurice Lœper ces traits croqués sur le vif : « Qui n'a connu le chasseur qui le nez en avant, le lorgnon sur le nez, flaire son malade en connaisseur ; le dilettante dont le visage frémit d'enthousiasme au beau cas qu'il escompte et l'artiste qui fait affluer ses souvenirs comme autant d'oiseaux au vol sûr et ordonné, qui brosse le fond du tableau, l'aère et l'agrémente, en assemble les couleurs et en force les oppositions, et qui jette tout d'un coup une grande lumière sur le personnage principal ? » (12).

L'intérêt affectif, avec ou sans expression enthousiaste, est nécessaire, de même qu'un minimum d'émotivité, sans qu'il faille atteindre jusqu'aux palpitations cardiaques comme l'exigeait trop impétueusement le bouillant Alibert. L'émotion avec tout son complexe physiologique (modifications cardio-vasculaires, respiratoires, neuro-végétatives, humorales), au déterminisme central autant que périphérique, selon la conception de G. Dumas repoussant la théorie vieillie de Lange-James, n'a pas de rôle direct dans la qualification esthétique, sur quoi s'accordent H. Delacroix et M. Charles Lalo par exemple. C'est vraiment une question de physiologie individuelle. On ne saurait mesurer la valeur du sentiment esthétique à l'importance de la manifestation émotive, pas plus que l'intensité d'une peine à la largeur du crêpe exhibé. La vêture mondaine, les clichés sempiternellement conformes à l'usage et qui dispensent de sentir et de penser ne qualifieraient pas mieux le sentiment esthétique.

A côté de la réactivité émotionnelle, profondément organique, existe une *réactivité esthétique* catathymo-noétique si l'on veut, bien distincte, semble-t-il. Cette *capacité* esthétique, immense chez les uns dont elle absorbe toute la personnalité, réduite presque à néant chez les autres, joue plus ou moins selon les circonstances et les situations, selon qu'elle se trouve ou non sollicitée, exploitée. L'objet n'est presque rien devant le sujet qui est presque tout. La capacité esthétique suppose sans doute une cer-

taine labilité émotionnelle, une possibilité de réagir en souplesse et en finesse plutôt qu'en force et en masse, mais ne se confond pas avec la réactivité émotionnelle banale, comme porterait à le croire l'expression courante d'émotion esthétique. Du reste, ce mode de réactivité supérieur n'appartient pas à l'un des caractères et tempéraments décrits, chacun d'eux pouvant ou non le posséder. Il correspond à une sorte d'instance pré ou plutôt *via* esthétique de la sensibilité, sans qu'il soit besoin d'inventer un nouveau caractère. La contemplation du beau cas stimule la réactivité esthétique plus que la réactivité émotionnelle, bien qu'elle puisse aussi déclencher une pleine émotion. Affaire de degré, non de nature. Il se pourrait que, de par sa complexion, l'objet pathologique n'ébranlât pas aussi fort les profondeurs affectives que les œuvres d'art, celles-ci n'y réussissant d'ailleurs pas toujours au même point.

Un état agréable accompagne cette réaction esthétique ce qui n'autorise pas à réduire l'esthétique à une physiologie appliquée comme le voulait Nietzsche. Ici comme ailleurs se manifeste la tendance hédonique primordiale de l'homme, le principe du plaisir cher à Freud, et qui pousse à jouir de tout agrément, de tout stimulant, de tout bien-être, recherchés en tant que tels, qu'il s'agisse de l'extase sublimée de l'art ou de la religion, de la béatitude alimentaire ou de l'orgasme voluptueux de l'acte sexuel. Encore faudrait-il s'entendre sur ce plaisir : plaisir sensoriel ou plaisir affectif ?

« La stimulation agréable des organes des sens, telle est la condition *sine qua non* de toute beauté » dit H. Delacroix (A, 92) tenant le plaisir esthétique pour la synthèse d'un plaisir sensoriel, d'un plaisir formel et d'un plaisir affectif. Nier le plaisir sensoriel serait faux puisqu'il s'extériorise même dans les conditions les plus défavorables. Empruntons à Mignard l'observation d'un imbécile profond, âgé de 33 ans ; il tombait en béatitude à l'audition du phonographe, et avait même le bon goût de préférer

l'*Habanera de Carmen* à la chanson l'*Anatomie du conscrit* (21). Mais, dans notre cas particulier, les sensations ne possèdent ni valeur esthétique, nous l'avons vu, ni valeur hédonique. Si l'accord des sons, des mouvements, des sentiments, ou des figures et des couleurs cause un plaisir musical ou pictural, les sensations visuelles, auditives ou tactiles qui systématisent l'objet morbide n'offrent par leur groupement rien de particulièrement agréable ; l'accord esthétique n'a plus lieu sur le plan perceptif mais sur le plan intellectuel. Contrairement à la formule trop absolue de H. Delacroix, il n'y a pas ici de plaisir sensoriel, quoique il y ait sentiment de beauté. Du reste, le beau artistique ne s'affirme pas toujours agréable : des tragédies sont douloureuses, des symphonies angoissantes, des tableaux attristants. Beauté et volupté de la douleur, qui débordent le domaine sensoriel et représentent, si l'on peut dire, un plaisir pénible, distinct du plaisir agréable. Le passage du plan sensoriel au plan affectif se trouve ainsi réalisé.

Le plaisir affectif parfois *s'érotise*, consciemment ou non. On connaît les effets organiquement émouvants de la musique par exemple, dont on croit pouvoir dire sans ironie qu'elle adoucit les mœurs. N. Vaschide et C. Vurpas signalèrent autrefois l'effet érotique de la musique chez une femme, bonne musicienne, qui ne pouvait entendre les classiques (Bach, Chopin, Beethoven) sans éprouver d'excitation sexuelle ; un homme impuissant qui redevenait fortement viril à chaque audition de concert — par un phénomène de stimulation émotionnelle ou de réflexe conditionnel. Cela permettrait d'en rapprocher l'observation du vétérinaire L. Lépinay, d'après lequel les $^4/_5$ des chevaux s'intéresseraient à la musique et, sans qu'il s'agisse de peur, le manifesteraient d'originale manière par d'impérieuses défécations (1).

(1) On sait que les sentiments esthétiques n'apparaissent guère qu'à la puberté. Jusque-là, ils sont noyés dans l'intérêt perceptif que l'enfant porte à

A côté de l'expression érotique directe, la dérivation sublimée occupe une place plus importante. Ce n'est pas d'aujourd'hui que la psychanalyse découvrit à la vocation médicale et surtout chirurgicale une composante *sadique* qui permettrait de satisfaire son agressivité profonde et de jouir inconsciemment des souffrances d'autrui. Nous y reviendrons à propos des fonctions de la conscience esthétique (p. 75). Disons seulement qu'un phénomène de cet ordre pourrait se produire surtout à l'égard d'une pathologie morphologique, déformant ou détruisant des régions érotiques d'élection (seins, ventre, fesses, organes génitaux). Mais, sauf ébauche de perversion sexuelle, cette instance libidinale se réduit à une composante d'arrière-plan, qui d'un érotisme épuré teinte le sentiment esthétique, comme dans l'appréciation par l'homme de la beauté féminine et *vice versa*. L'érotisme joue le rôle discret d'un ministre sans portefeuille et ne disqualifie pas le gouvernement de l'esthétisme. En fait, pareille tendance érotique se développerait beaucoup plutôt chez le profane que chez le médecin, protégé par l'attitude et l'habitude techniques. On ne compte plus les cas d'utilisation d'orifices herniaires comme de vagin, de moignons d'amputation comme de pénis ; une femme fut tellement séduite par un gros testicule tuberculeux qu'elle obligea son porteur à refuser l'opération nécessaire. La charge érotique de l'objet neutralise sa valeur morbide, souvent elle-même fort sous-estimée. On pourrait décrire un érotisme du pathologique et une esthétique de l'érotisme distincts de l'esthétique du pathologique. Des branches voisinent et s'entremêlent sans appartenir au même arbre ni donner de mêmes fruits.

toute chose ; à partir de là, ils se développent dans le lyrisme panthéistique propre à l'adolescence, et plus tard seulement s'objectivent et s'épurent. Il y a une ontogenèse esthétique.

D'après B. Larck-Horowitz, l'enfant de 6 à 10 ans s'identifie au portrait, de 11 à 15 ans s'intéresse aux qualités morales, et seulement ensuite à l'œuvre même. — A cet égard, bien des adultes restent enfants.

Cet accompagnement esthétique ne peut s'identifier avec l'état esthétique, et moins que jamais dans le cas d'un objet médical.

Pour importantes que soient les instances sexuelles dans le mûrissement des meilleurs fruits de la sève humaine, il serait excessif de leur accorder toujours un rôle indispensable et de premier plan dans toute activité esthétique. Diverses composantes anérotisées ou désérotisées peuvent influer tout autant, parmi lesquelles s'impose la nietzschéenne *volonté de puissance*. L'orgueilleuse affirmation de la personnalité se lie à la vitalité en quelque sorte sociale de l'individu. Elle se développe soit en ligne directe de par son impulsion initiale, soit par un effort compensateur, ou surcompensateur, destiné à racheter une infériorité organique, psychique, économique, comme le soutint Alfred Adler en analysant les névroses selon ce mécanisme. Seule est à retenir ici la première conjoncture.

Dans la recherche et la construction du beau cas, voire dans la satisfaction esthétique que l'on en tire, peut s'insinuer une active composante d'orgueil, dont la part constructive n'est pas à dédaigner. Le beau cas découvert, monté, créé par la personnalité médicale plus que par la nature, témoigne de sa puissance et la conduit à s'admirer elle-même dans le temps où elle s'affirme. Miracle de la personnalité, mirage du moi, esthétique de l'expansion. Ce que l'on appellerait « l'état du septième jour », s'il n'était sacrilège de croire que Dieu, après six jours de travail forcené, depuis s'admire en son œuvre pour l'éternité. Le beau cas représente alors une victoire du sujet sur l'objet, du médecin sur lui-même et parfois sur ses confrères ; il est à la fois preuve et source de puissance. Il est l'occasion, la cause déterminante ou l'effet d'un épanouissement de la personnalité, et l'on sait combien stimulante et euphorisante peut être l'orgueilleuse satisfaction de soi-même, surtout si l'on s'y trouve naturellement enclin.

Composante de supériorité, composante libidinale, tendance hédonique, capacité et réactivité esthétiques conduisent, sous des formes et dans des circonstances différentes, à une affirmation et à un développement de la personnalité devant la beauté du pathologique. Ces conditions affectives, que l'analyse dissocie et révèle convergentes, *in facto* se fondent dans la totalité d'une situation dont l'essentiel gît ailleurs. — Mais l'analyse serait fort lacunaire si elle délaissait la part intellectuelle intimement adhérente à la part affective.

II. — L'art exige une *technique*, musicale, plastique, verbale ; toute technique acquise suppose réalisé un minimum de conditions intellectuelles que l'exercice pourra secondairement plus ou moins automatiser. Ce fait se trouve d'autant mieux mis en évidence dans le cas de la beauté du pathologique, que la médecine n'a pas l'habitude de compter parmi les beaux-arts. Or, la perspective esthétique en pathologie a pour double condition *sine qua non* d'une part la possession de la technique médicale, d'autre part la prise de l'attitude technique.

L'exigence technique impose que seul le médecin apprécie la beauté de la maladie. Est-ce exact ? La question mérite qu'on s'y arrête. Quel est le jugement de goût du profane devant le fait morbide, du connaisseur ou de l'artiste devant l'expression du pathologique ?

Le profane ne voit très généralement dans la maladie que dévalorisation physique, morale, sociale, esthétique. Pour lui, la beauté réside dans la santé, l'harmonie apparente des organes et des fonctions. La maladie, c'est ce qui altère les apparences de l'homme et ne peut être que laideur. Esthétique négative du morbide, étroitement liée à des répulsions affectives, dont certaines sont encore l'écho de lointains tabous magiques. Que l'on parle d'un « beau bossu », on ne saurait s'y tromper, car la métaphore s'annonce sans équivoque ; elle signifie l'ampleur frappante de la déformation, ou l'intention malignement ironique,

comme la locution « beau cornard » moque l'infortuné ou souligne simplement l'excès des inconvenances de sa femme. Dans les deux cas, le sens n'a rien d'esthétique et, de toute manière, n'aurait rien à voir avec la beauté de la maladie.

Il en va tout autrement dans l'art, où l'expression du pathologique peut devenir belle. Les christs cadavériques et les figures d'hôpital de Rembrandt n'en sont pas moins d'admirables chefs-d'œuvre de lumière. Sully Prudhomme écrivit clairement : « Un vrai statuaire peut faire un chef-d'œuvre du buste d'un bossu... A ce point de vue, il y a un beau bossu pour le sculpteur, comme il y a un beau cas de bosse pour le naturaliste qui admire la coordination des caractères » (204). Et Guyau de surenchérir : « C'est dans la beauté de la laideur même, l'harmonie persistante sous les discordances, c'est la vie réalisant un certain ordre au sein du désordre qui fait la beauté d'un bossu peint ou sculpté par un maître » (34, note). Certes, par l'exercice répété, l'artiste peut parvenir à trouver belle une forme morbide qu'il avait d'abord justement sentie laide, enfant adopté que l'on finit par chérir comme le sien propre. La réussite technique dans l'expression ou le rendu d'un objet difficile ou inaccoutumé peut tenter le connaisseur et l'artiste qui goûteront alors la beauté de la maladie, de la laideur.

Mais la beauté du pathologique chez l'artiste se confond-elle avec celle du médecin ? Non. Si la maladie acquiert bien une valeur esthétique, c'est en tant qu'expression d'art, non comme expression du pathologique. Toute la différence gît là, et c'est une différence de savoir et de point de vue. Dans le même objet artiste et médecin admirent deux formes différentes et selon des techniques bien distinctes. L'art surmonte et transforme techniquement la laideur morbide naturelle en beauté artistique ; variations des Muses sur un thème d'Esculape. Ce n'est pas la beauté du pathologique comme tel qui se trouve

exprimée et sentie. Pareillement, dans le cas voisin où la maladie prête sans ambages à l'interprétation artistique, c'est-à-dire à la transposition technique de la médecine à l'art. Lorsque, à l'infirmerie spéciale, dolemment accroupie à l'ombre historique des vieilles tours rondes du Palais de Justice de Paris, E. Dupré montrait à Paul Bourget ses aliénés tout chauds, l'écrivain psychologue formulait des réflexions plutôt plates, dans le genre : « elle a de beaux yeux ! » ; par contre, l'acteur Guitry père saisissait mieux le sens expressif : « elle a les yeux d'une tragédienne ! ». Là encore, l'acteur s'attachait à retrouver dans le tableau morbide la technique théâtrale qui était la sienne, tandis que le psychiatre sensible au pittoresque dramatique de sa malade, pouvait apprécier en elle, de surcroît, la beauté pathologique, œuvre de la technique médicale.

Ainsi donc, artiste ou non, le profane ne peut vraiment voir ni comprendre la beauté du pathologique en soi, uniquement évocable dans la perspective médicale, qu'il ignore par définition. Il faut connaître la pathologie, avec ce qu'elle exige de connaissances d'anatomie, de physiologie, d'histologie, de chimie, etc. Il faut avoir appris à chercher et à reconnaître les signes et les symptômes, à les grouper en les hiérarchisant, à saisir leur valeur particulière et globale. Il faut posséder un savoir théorique et un savoir d'expérience personnelle. Le « sens clinique », que l'on se plaît à croire mystérieusement intuitif, n'est guère que le résultat d'une expérience mûrement acquise, d'un travail intellectuel heureux et fécond, d'une observation aiguë. Quand il opère d'une façon immédiate (diagnostic ou pronostic éclair), c'est que les rouages intermédiaires et l'effort conscient et multiplié ne sont plus nécessaires. Le clinicien prend figure de devin. Cela ne change d'ailleurs pas son esthétique de la maladie, qui peut seulement devenir plus inspirée et moins accessible à l'analyse.

Il y a un montage technique de la pensée du médecin. Ce qui est observé passe au crible de ce qui est appris ; ce

qui est senti passe au moule de ce qui est compris. C'est l'armature indispensable sur laquelle sera jeté le voile d'or de l'esthétique.

A cette armature répond une attitude intellectuelle corrélative : sens du pathologique, vision de la maladie, édification d'un univers spécial, pensée technique. Par là, les médecins fraternisent et se comprennent mieux que par leur vocabulaire particulier. On est de la médecine, comme « on est de la marine ». Cet état d'esprit n'est pas qu'un relent d'école, une tradition estudiantine, mais le fruit de la profession, qui importe autant qu'elle et marque définitivement le médecin. Il s'inscrit à l'actif de ce que nous appellerons la *technicité* médicale, entendue psychologiquement.

Tout médecin digne de ce nom possède ladite technicité, sans éprouver obligatoirement le sentiment de la beauté du pathologique. A coup sûr nécessaire, la technicité n'est certes pas suffisante. D'excellents cliniciens sont résolument réfractaires ou hostiles à tout sentiment esthétique en la matière. Serait-ce des prêtres sans foi ? Non, ils aiment leur métier ; mais ils n'aiment pas la maladie ; surtout en dehors de l'acte médical. Les drames, les romans leur déplairont qui portent sur un thème très spécialement morbide ou placent au premier plan des malades. Cette tendance s'exagère chez quelques-uns jusqu'à les conduire à trouver laide la *Vénus de Milo* parce qu'elle est doublement manchote, et à repousser toute expression artistique de la maladie ! Une pareille incompréhension, une semblable répulsion pourraient surprendre de la part de ceux qui devraient mieux que d'autres apprécier ce genre d'œuvres. La technicité refuse de se retrouver dans le miroir des arts. Cela ne contredit point ce que nous en avons affirmé, pas plus que ne se contredisent les deux fils d'une arme à double tranchant.

Il convient toutefois de préciser la motivation de ce phénomène négatif. Elle tient aux effets de l'attitude technique et se manifeste en deux points. Le premier se réfère à ce

que, transposée dans l'art, la maladie continue de susciter invinciblement l'attitude médicale. Il y a persévération professionnelle, adhérence automatique à la chose de métier, qui déclenche une conscience technique et empêche l'esprit de se libérer esthétiquement. On pourrait y voir un excès de stabilisation intellectuelle, une emprise professionnelle trop impérative, — phénomène que l'on appellerait *inhibition technique*. — Le second point consiste en ce que, l'activité professionnelle occupant presque toute la vie du médecin, certains cherchent avant tout dans l'art un délassement total, une distraction complète, une évasion du monde habituel. Saturation médicale qui pousse à rejeter comme sursaturante, indésirable, toute chose rappelant trop la profession dans les domaines normalement étrangers à celle-ci. L'emprise professionnelle pèse lourdement, mais sans avoir stabilisé l'esprit qui court aux antipodes pour y échapper. Phénomène de *prohibition technique*. Dans les deux cas, le médecin ne parvient pas à surmonter sa profession jusqu'à pouvoir en jouer, il ne peut pas concilier l'esthète et le technicien, le subtil dilettante et le praticien laborieux. Il se produit là-dessus un blocage de sa capacité esthétique, un freinage de sa réactivité esthétique. C'est précisément dans le passage de l'attitude technique à l'attitude esthétique que réside le nœud du problème de la beauté du morbide, envisagé dans le chapitre suivant.

Ces différences ne tiendraient-elles pas pour une part aux variétés d'orientation intellectuelle et de technique médicale ? Notre referendum devrait nous permettre de répondre à la question, non par des résultats statistiques car les chiffres en sont trop faibles pour valoir en toute rigueur, mais en précisant du moins les rapports généraux. La *spécialisation* médicale résulte de facteurs nombreux et hétérogènes que l'on n'entreprendra pas d'analyser. D'autre part, la médecine constitue un tout, et le sens de la maladie comme le pathologique même demeurent iden-

tiques quel que soient la spécialité et le mode de traitement considérés. Rien de plus vrai. Pourtant la forme médicale commune se différencie malgré tout un peu suivant que son objet exige plutôt tel genre d'aptitude et telle sorte de connaissances que tels autres. Et c'est cela qu'il faudrait isoler pour notre propos.

Il semble que l'on puisse reconnaître au moins trois espèces d'orientation générale : médicale, chirurgicale, psychiatrique. L'orientation, la formation intellectuelles comptent plus que la spécialisation prise au sens courant, multipliable à l'infini sans renouveler vraiment les démarches de la pensée. En gros, l'orientation *médicale* se caractérise par un intérêt plus physiologique, un souci des fonctions organiques et de l'individualisation des maladies, une tendance aux conceptions d'ensemble, une vision plus intérieure et plus complexe du pathologique. L'orientation *chirurgicale* se centre davantage sur l'anatomie et la lésion accessible, sur le manuel opératoire ; elle exige un œil attentif, une décision catégorique et prompte, une main habile, et vit d'action plus que de méditation. L'orientation *psychiatrique* demande un esprit plus ouvert, doué de sens psychologique et d'intérêt social, capable de sentir, comprendre et diriger autrui, curieux de l'homme. Bien entendu, il ne s'agit pas de cloisons étanches : un chirurgien peut se montrer éminent physiologiste ou psychologue averti, un psychiatre peut se révéler anatomiste ou chirurgien remarquable. Mais dans l'ensemble chaque orientation convient mieux à telle tournure d'esprit. Dans notre referendum, ces trois sortes d'orientation se distribuent selon les proportions du tableau I ci-après.

Tableau I

Orientation	Proportion
	%
Médicale (avec physiologistes, légiste)...	53
Chirurgicale (avec anatomistes, accoucheurs, O. R. L., artiste médical)....	30
Psychiatrique	17

Cherchons maintenant si ces proportions générales varient sensiblement par rapport à l'attitude positive (confirmative) ou négative (infirmative) des témoins à l'égard de la beauté du pathologique, sans tenir autrement compte des nuances ni des degrés du sentiment. Le tableau II fournit cette opposition.

Tableau II

Témoins	Attitude esthétique	
	Positive	Négative
	%	%
Ensemble.....	45	55
Médecins	40	60
Chirurgiens (sens large)	47	53
Chirurgiens (sens étroit)	40	60
Psychiatres	55	45

Si l'on compare les deux séries des tableaux I et II, on constate aisément trois faits. En premier lieu, le minimum de témoignages positifs étant de 40 % et le maximum de 55 %, l'écart différentiel est appréciable sans être néanmoins considérable. Aucun genre d'orientation n'apparaît donc spécifique ni réfractaire, et l'on peut affirmer que

toutes les spécialités — quelle que soit leur prédominance visuelle, auditive, manuelle, intellectuelle — sacrifient à la beauté de la maladie. Pas d'exclusions ni de clans. En second lieu, l'orientation psychiatrique pourtant s'y montrerait plus encline puisqu'elle offre la proportion maxima de 55 %. En troisième lieu, l'orientation chirurgicale paraît supplanter la médicale, mais si l'on ne compte que les chirurgiens proprement dits, médecins et chirurgiens s'égalisent et l'on ne pourrait à cet égard différemment les apprécier. Ce sont là des résultats bruts, sans nuances. Il sera donc utile de chercher ce qui se passe pour les témoignages positifs, et de voir comment ils s'orientent. Le tableau III l'indique.

TABLEAU III

Orientation	Témoignages positifs	
	Dans l'ensemble	Ultra-positifs seuls
	%	%
Médicale	48	66
Chirurgicale	32	11
Psychiatrique	20	23

La confrontation des tableaux I et III montre d'abord le parallélisme des orientations, chacune occupant respectivement le même rang parmi les témoignages positifs et parmi la totalité des témoignages. Cela confirmerait la première indication. Mais si l'on groupe les témoignages ultra-positifs, c'est-à-dire les plus purs, les plus ardents et les plus sûrs, le parallélisme s'effondre au profit des médecins et des psychiatres, et au détriment des chirurgiens, les premiers ayant 13 % d'excédent, les deuxièmes 6 %

et les troisièmes 19 % de déficit. En remarquant que les 6 % d'excédent représentent une proportion d'un tiers par rapport au nombre de psychiatres, et les 13 % une proportion d'un quart par rapport au nombre des médecins, on attribuerait la première place à l'orientation psychiatrique. Les chiffres sont trop faibles pour légitimer des conclusions absolues. On peut cependant retenir que l'aspect plus concret de l'objet, le caractère plus manuel de la technique, contrairement à ce que l'on aurait pu croire *a priori*, ne favorisent pas du tout l'attitude esthétique en matière médicale. Sous réserve, l'orientation psychiatrique prédisposerait plus à l'esthétique du pathologique que l'orientation médicale, et cette dernière plus que l'orientation chirurgicale.

Rien d'étonnant à cela. Psychologiquement, ce n'est pas la spécialisation qui fait le spécialiste, mais l'orientation initiale de l'esprit qui conduit vers telle discipline, toutes choses égales par ailleurs. La matière chirurgicale est aussi capable que la médicale ou la psychiatrique de motiver des sentiments esthétiques : seul le chirurgien peut y être moins accessible à cause de son attitude pragmatique, de son goût de l'action, de la nécessité d'agir vite et de s'absorber dans l'acte opératoire. La psychologie individuelle reste la grande maîtresse. Tel médecin nous avouait sans fard ne rien comprendre à ce que nous disions, et ignorer l'esthétique aussi bien que la philosophie, à laquelle il n'avait jamais pu, jadis, entendre quelque chose. Il n'en était pas moins bon clinicien. Tel chirurgien surenchérissait encore ; spécialisé à l'extrême, il s'intéressait exclusivement au très étroit domaine de sa spécialité, ne s'occupait qu'à perfectionner son instrumentation et agiter le même problème de pathogénie. Étroitesse d'esprit, concentration excessive de l'attention, intérêt exclusif, rigidité intellectuelle, autant de traits défavorables à la prise de conscience esthétique. Cette outrancière spécialisation ne dépend pas de la spécialité, mais de la forme d'esprit de ce chirurgien.

La spécialité a la valeur d'un signe d'orientation intellectuelle, et celle-ci seule influe vraiment.

Le degré de connaissance dans le savoir technique aurait-il un effet direct ? — La beauté du pathologique n'existe évidemment que dans la mesure où ce dernier est connu comme tel et se qualifie savoir médical. Ce sont d'habitude des praticiens exercés, des médecins à l'expérience déjà riche, affinée et même raffinée qui peuvent apprécier en connaisseurs les beaux cas. Mais ils n'en possèdent point l'apanage, contrairement à ce que l'on pourrait supposer. Des étudiants y sont sensibles dès qu'ils portent un bagage théorique et pratique suffisant. Certes, le contenu du beau cas varie de l'étudiant en herbe au clinicien blanchi, ce qui enthousiasmera le premier pourra laisser froid le second et ce que goûtera celui-ci pourra rester inaccessible à celui-là. A chaque âge ses beaux cas, dirait-on. Au début, l'enthousiasme de la découverte, la satisfaction goulue d'une curiosité avide incitent à se réjouir toujours davantage de beautés faciles ; plus tard, l'expérience rend exigeant et conduit vers de plus rares beautés, peut-être esthétiquement plus pures. Le beau cas se trouve ainsi plus ou moins perfectionné, mais de toute manière la réaction esthétique demeure identique en son fond. Du rapport entre la capacité esthétique et la formation technique dépend le plein épanouissement ou l'avortement *ab ovo* de la beauté du morbide.

Tendances instinctives, affectivité, attitude intellectuelle, formation technique font la matière édificatrice du socle sur lequel s'élèvera la statue de beauté à l'étrange masque morbide. La pâte serait imparfaite si elle ne portait encore l'empreinte sociale.

§ 3. Conditions sociologiques

Si grande que l'on fasse la part à la psychologie, voire à la biologie individuelle, on ne saurait sans coupable

omission passer sous silence l'apport sociologique, qu'il se manifeste sous la forme professionnelle, politico-économique, éthico-religieuse ou artistique.

I. — La médecine figure un milieu corporatif par lequel se conservent, se transmettent et se transforment, mais aussi dans lequel toujours se moulent traditions et techniques. Métier autant que science, elle représente une culture en vase quasiment clos, animée par le courant social qui, suivant les circonstances, stimule, inhibe, oriente, l'activité technique. Au sein de cette vaste sphère se délimitent des sphères plus petites pourvues chacune d'un centre d'intérêt propre autour duquel s'édifie un type de beauté du pathologique. Il y a des beautés médicales et des beautés chirurgicales, des beautés gynécologiques et des beautés psychiatriques. Il y a des beautés de spécialiste ; le dermatologiste n'apprécie guère ce qu'admire le neuro-chirurgien ou le radiologue, et réciproquement. Par contre, tel cas sans intérêt pour le spécialiste émouvra le non spécialiste. C'est que dans chaque cercle médical, on s'attache à certaines formes de la pathologie qui se trouvent ainsi élues, et dans cette sélection technique s'opère la hiérarchisation esthétique des cas, directement soumise à l'influence du milieu. Tout comme son choix, la valeur de l'objet dépend du jugement collectif propre à chaque cercle, à chaque chapelle ou à chaque jury, comme cela se voit dans les milieux artistiques. Au travers de l'atmosphère collective se retrouve ici l'efficace de la formation technique et de l'orientation intellectuelle. Ce sont là conditions permanentes et stables. Il en est aussi de variables et mobiles.

Comme les jolies femmes, les plus chenus disciples d'Esculape sont astreints au phénomène de la *mode*, dont les caprices règnent depuis les plus frivoles ébats jusqu'aux plus graves confins de la pensée. Les modes médicales pourraient donner l'occasion d'une satire plaisante et même instructive, mais tel n'est pas notre objet, ce qui

nous épargnera les foudres des confrères dont la principale vertu ne serait pas de rire d'eux-mêmes, et nous évitera de nourrir la malignité des profanes, toujours à l'affût... lorsqu'ils ne sont pas malades.

Des centres d'intérêt naissent et meurent en un moment ; des manières de voir et d'agir s'imposent un temps en clinique, en pathogénie, en thérapeutique. L'arthritisme, l'hépatisme, l'infection locale dentaire, la colibacillose, les troubles neuro-végétatifs furent tour à tour à la mode ; dans les salons, selon le vent médical, les coquettes se piquent d'avoir le foie trop dur ou le sympathique trop irritable. Tuberculose, syphilis, cancer, alcoolisme retrouvent périodiquement, surtout sous l'effet des circonstances économiques, politiques, militaires, un regain d'actualité. On retrouverait ici les initiateurs et les imitateurs distingués par Tarde. D'ordinaire, l'initiation vient d'en haut : communication, publication de professeurs, de spécialistes, traduction de travaux étrangers fixant l'attention sur un fait exceptionnel, nouveau, renouvelé, une hypothèse heureuse ou simplement rajeunie, un succès thérapeutique, etc. La contagion se propage alors de couche en couche médicale, et les imitateurs pullulent pendant un certain temps. Les beaux cas s'en ressentent. Il y a des beaux cas d'actualité, qui durent ce que dure l'espace... d'une communication. L'accoucheur Bonnaire admirait avec ferveur les vices de conformation du bassin féminin à l'époque où l'on s'intéressait beaucoup à cette question, laquelle ne suscite plus d'enthousiasme aujourd'hui. La mode peut donc influer sur le recrutement des beaux cas et surfaire, souffler la maladie comme le tableau, le poème ou la symphonie, chefs-d'œuvre d'une saison. Cela n'empêche pas les vrais beaux cas d'échapper à la mode et à l'actualité, de se pérenniser au travers des lieux et des temps, et de justifier une esthétique du pathologique.

II. — Que les incidences collectives de l'activité professionnelle jouent un rôle, on l'admet sans peine. Mais que

des influences sociales extra-techniques interviennent aussi bien, cela doit-être examiné. On ne voit pas trop comment le groupe *familial* par exemple conditionnerait le beau cas ; ni comment les circonstances *politiques* agiraient. En face du beau cas, il n'y a pas un père de famille ou un célibataire, un monarchiste, un républicain ou un communiste, mais un médecin, et qui ne peut qu'être médecin, car l'œuvre morbide se trouve par nature réfractaire à toute utilisation de ce genre. Il n'y a plus de commune mesure entre le pathologique d'un côté et de l'autre la famille, la politique, ce qui épure d'autant l'esthétique de la maladie.

Cependant, l'ordre *économique* y serait peut-être moins étranger. Le médecin ne doit pas être pressé par le besoin pécuniaire surmené par le métier s'il veut en saisir le luxe *sub specie pulchri*. Cela suppose le dépassement du métier, la libération de l'économique. Certes, on peut être gueux et artiste, gueux parce que artiste, chose fréquente (1). Mais dans le cas du médecin et de la médecine, la gueuserie ne parait pas une condition favorable, sauf chez quelques originaux dont le sens pratique est peu développé.

III. — Par contre, l'éducation *morale* et *religieuse* intégrée à la personnalité, exerce parfois directement une action inhibitrice importante, au su ou à l'insu du sujet. Cas particulier du problème des rapports de l'art et de la morale, qui montre la lutte d'un ordre d'impératifs collectifs avec un autre.

Devant la thèse de la beauté de la maladie, des médecins furent choqués dans leur moralité — et partant incompréhensifs ou hostiles — parce qu'ils devaient croire qu'une

(1) Ce qui n'empêche pas l'exploitation utilitaire d'exister et de constituer la *fonction commerciale* de l'art. M. Étienne Souriau va jusqu'à dire : « Le prêtre doit vivre de l'autel, l'artiste doit vivre de l'art » (B, 84). Qu'il y soit obligé serait plutôt un malheur. Nous reprendrions volontiers la proposition de M. Charles Lalo ; « L'art devrait être le luxe d'un métier, et non un métier de luxe » (F, 38).

œuvre d'art ne peut être belle sans être bonne, et surtout parce qu'ils subissaient les impératifs éthico-religieux de la société à laquelle ils appartenaient. La charité, la pitié que doivent exalter dans un cœur compatissant les souffrances humaines, condamnent tout esthétisme de la maladie. Ne serait-ce pas immoral, profanatoire, sacrilège que de jouir, aux dépens d'un malheureux venu se confier à vous, de cette nouvelle sorte de beauté du diable ? Le sacerdoce médical est œuvre de charité active, d'infatigable dévouement, de lutte incessante contre le mal et pour le malade, et ces merveilleux fleurons de la profession, pour s'épanouir, empêchent tout autre d'éclore. La moralisation de la technique alors s'accomplit totalement et s'oppose à son esthétisation. Il y a suppression d'un genre, comme la moralisation de l'art, mêlant les deux genres, aboutit trop souvent à l'anéantissement de la valeur artistique. La primauté absolue de l'impératif moral suffit à annihiler tout sentiment esthétique en pathologie. L'adjonction d'un caractère religieux renforce encore l'interdiction. Cela n'existe guère à ce point que chez les esprits très étroitement façonnables et façonnés ou chez les esprits entièrement unifiés dans une attitude systématique.

A l'inverse, la moindre moralisation de la technique en n'achevant pas le blocage de la conscience, favorise l'esthétisme médical. Le médecin « moraliste » absorbe la maladie dans le malade et ne s'attache au fond qu'à celui-ci ; le médecin « esthète » ne réalise pas simplement le contraire, mais sépare malade et maladie et, pour s'attacher à cette dernière, il doit passer d'une attitude à l'autre. Il faut bien comprendre que l'esthétisme médical ne signifie pas immoralité du sujet, mais amoralité de l'objet, et qu'il y a changement d'objet, du malade à la maladie. La contemplation esthétique de la maladie n'est point mépris ou moquerie à l'égard du malade, en faveur duquel persistent au contraire les sentiments moraux, ou immoraux, habituels. Le malade se trouve seulement occulté, éclipsé en tant

qu'homme et citoyen pendant qu'il est contemplé comme maladie. Des médecins de sincère moralité et d'un catholicisme irréprochable ne crurent pas pécher envers leurs malades ni envers Dieu en admirant la beauté du pathologique. Et c'est heureux.

IV. — Si l'éducation morale peut tellement influer, n'en serait-il pas de même de l'*éducation artistique* ? Les rapports sont-ils d'inclusion ou d'exclusion entre l'éducation artistique du médecin et son esthétisme technique ? Une vue d'ensemble suffira pour répondre à la question, grosse de longs développements.

Pour la plupart, l'éducation artistique résulte d'un apprentissage inordonné de conventions, de conformisme, d'habitudes de goût, de plasticité aux impératifs ou demi-impératifs collectifs de chaque sorte de société, variables avec les temps et les lieux. Les études sociologiques eurent le grand mérite de bien mettre en relief toute la relativité sociale de la pensée humaine. On sait combien varie la norme esthétique en particulier. Le type de la Vénus hottentote ne saurait se confondre avec celui de la Vénus hellénique ; chez les Mélanésiens des îles Trobriand, au dire de B. Malinowski, il faut pour être beau posséder un visage plein, arrondi, le front bas et étroit, les yeux petits et brillants sans cils ni sourcils, le nez charnu et retroussé ; en Annam, le type classique de la beauté féminine comportait des joues rouges et des dents noires par laquage (1).

(1) Il ne s'agit pas, comme l'indiquerait le terme, d'un vrai laquage par le vernis de l'arbre à laque, mais d'une teinture par la gomme laque, produit de sécrétion d'un hémyptère parasite de certains arbres. L'opération demande deux ou trois semaines. L'alimentation doit être liquide et dépourvue de graisses. Dans un premier temps, les dents sont nettoyées pendant plusieurs jours avec du citron et du vinaigre. Dans un deuxième temps, on applique sur leur face vestibulaire une teinture rouge faite de résine et de gomme laque. Dans un troisième temps, une teinture noire, composée de sulfate de fer, de galle de chine, d'écorce de grenade, qui produit une couleur noire, brillante et solide, imprégnant la cuticule sans atteindre l'émail. Vu-Ngochuynh constate que cette coutume régresse sous l'influence européenne et considère qu'elle n'est pas à encourager.

Combien de chefs-d'œuvre ne furent appréciés qu'après plusieurs générations, alors que d'autres ne survivaient pas à leurs auteurs ! Il serait trop facile d'insister.

A ces mêmes influences sont soumis les médecins, qu'ils soient négateurs ou affirmateurs par rapport à notre propos. Parmi les médecins négateurs existent de fins connaisseurs, parfois des artistes en matière plastique, musicale ou poétique, pour lesquels art et médecine représentent deux domaines absolument étrangers l'un à l'autre. L'activité médicale est tenue, par nature, comme impropre à toute possibilité esthétique, ou du moins comme génératrice seulement de laideur. L'affinement artistique du goût paraîtrait ainsi s'opposer à toute esthétique de la maladie, et l'abandonner aux esprits sans culture, aux étriqués, aux « outlaw » de l'esthétique, privilège sans gloire auquel mieux vaudrait renoncer.

— Or, deux faits viennent à point plaider contre ce jugement hâtif. D'abord certains négateurs n'avaient jamais songé à prendre une conscience esthétique en médecine, parce que la société ne la leur avait enseignée qu'à propos de poèmes, de sculptures, de tableaux, de musique — et ils eussent fini par l'acquérir à la réflexion, ou plutôt à l'apprentissage. Nous n'irons pourtant pas jusqu'à préconiser la création d'une chaire d'esthétique à la Faculté de Médecine !

De plus grande conséquence est le fait que d'aussi fins connaisseurs et artistes se rencontrent chez les médecins affirmateurs qui, loin de rejeter la pathologie hors du domaine esthétique, l'apprécient à l'égal d'une œuvre d'art. Peut-être éprouvent-ils dans l'art une émotion plus forte, mais ils n'y voient qu'une différence d'intensité, non de qualité. La même conscience esthétique se réalise avec la technique médicale comme avec la technique artistique. L'art affinerait et développerait plutôt le goût pour la beauté de la maladie. La culture artistique peut néanmoins manquer sans que disparaisse l'appréciation du beau cas.

D'où il ressort, premièrement qu'il n'y a pas d'incompatibilité et que la culture artistique peut favoriser l'appréciation esthétique de la maladie par le raffinement du goût et surtout par l'habitude qu'elle développe de voir les choses *sub specie pulchri ;* secondement, qu'elle n'est pourtant pas indispensable, et que sans elle peut naître l'esthétique du pathologique.

Influences sociales, conditions psychologiques et physiologiques interviennent comme facteurs plus ou moins extrinsèques dans l'expérience esthétique proprement dite, qui reste à étudier.

Chapitre IV

L'ATTITUDE ESTHÉTIQUE DEVANT LA MALADIE

§ 1. L'intuition du beau

I. — Lorsque le médecin examine un malade, son attitude affectivo-intellectuelle est toute empreinte de technicité. Il recherche attentivement les symptômes et les signes, les coordonne, les apprécie en vue d'un diagnostic défini, d'un pronostic et d'un traitement ; toute sa pensée se tend et tous ses actes s'enchaînent suivant un finalisme utilitaire : soulager, améliorer, guérir, seule raison d'être du médecin aux yeux du malade. Dans ce pragmatisme immédiat, le malade déjà devient un objet, un champ de manœuvres mouvant et plein d'embûches sur lequel savamment s'exercent stratégie et tactique médicales. Le processus technique construit pièce à pièce la maladie telle qu'elle *peut* être, telle qu'elle *doit* être, sinon toujours telle qu'elle *est*, et, sous cet angle, ne diffère guère de ce qu'exigerait l'attitude purement spéculative. Il est donc légitime d'envisager simplement l'attitude technique elle-même quel que soit son caractère utilitaire ou spéculatif surajouté. Or, il arrive que le médecin soudain dépouille sa vêture habituelle et s'arrête, contemplatif, devant l'objet de maladie, qu'il a composé, par une sorte de conversion esthétique de son attitude technique. Cela vaut la peine que l'on y regarde d'un peu plus près.

De la gangue anesthétique que nous avons analysée dans le précédent chapitre, sort ici l'état esthétique pro-

prement dit que nous voudrions voir dénudé de ses réactions affectives communes (émotion admirative, euphorie, etc.), coque banale de la précieuse amande. Celle-ci s'échappe entière de la coque brisée d'un coup. C'est *l'impetus aesthéticus* illuminant l'esprit, comme on eût parlé jadis.

II. — Dans l'appréhension esthétique du morbide se retrouve, en effet, comme une vue d'ensemble, directe et immédiate d'un objet individuel, réunissant la *simplicei mentis intuitu* de Descartes et la *cognitio intuitiva* de Leibniz. On ne saurait donc ne pas parler d'intuition. Mais cette intuition n'offre rien de très mystérieux et nous ne l'entendons pas comme l'appel d'un au-delà métaphysique. Intuition *médico* ou *technico-esthétique*, dirons-nous, pour mieux préciser notre pensée.

Qu'est-ce à dire ? Que la valeur technique se transforme en valeur esthétique sous la même forme intuitive. La prise de conscience globale du processus morbide exige une attitude technique et la maintenance de celle-ci suivant une vision intellectuelle déterminée. Mais cette attitude se désinsère du cadre pratique, s'isole des conditions et des buts utilitaires, se détourne de l'action et se fixe dans la contemplation d'elle-même. L'objet morbide subsiste tel qu'il a été construit, mais il s'élève au delà du plan pragmatique, au delà même du plan scientifique en rompant les lourdes amarres de la nécessité, en relâchant celles plus légères de la spéculation, en effaçant son substratum naturel, le malade, avec toutes ses contingences sociales. Tout cela s'opère d'un coup, sans effort, comme un ressort revient à son état initial en se détendant. L'attitude technique, d'utilitaire ou de spéculative, est devenue soudainement esthétique, à la manière de la projection lumineuse qui embrase la scène après l'avoir bleuie.

Une semblable métamorphose évoque l'intuition bergsonienne, « cette espèce de sympathie intellectuelle par laquelle on se transporte à l'intérieur d'un objet pour coïncider avec ce qu'il a d'unique et par conséquent

d'inexprimable ». Si le médecin « sympathise » avec la maladie, c'est dans la mesure où il l'a construite. Ce qu'il sent en elle, c'est ce qu'il y a mis ; de sorte que sa possession de l'objet s'apparente plus au narcissisme qu'à la communion. L'inexprimable répond à l'inconnu, sinon à l'inconnaissable, et l'intuition médicale s'attache au connu et au connaissable. Enfin, l'intuition médico-esthétique ne représente pas une connaissance *sui generis* surajoutée au savoir technique qu'elle transcenderait en atteignant la réalité morbide en son essence. Elle reste immanente au plan psychologique. Sans doute pourrait-on l'interpréter métaphysiquement comme toute autre intuition, mais sa nature n'est point métaphysique. Elle serait plus proche de « l'abstraction sentimentale » décrite par M. Étienne Souriau comme l'acte par lequel on stylise les impressions affectives et l'on construit l'idée de sentiment — à condition d'abandonner le plan des essences.

Parler de *sympathie* en matière de pathologie paraît singulièrement équivoque. L'intuition du beau cas ne s'éclairerait guère à l'obscure clarté de *l'Einfühlung* de Volkelt et de Lipps, reprise par Victor Basch sous le nom de *Symbolisme sympathique* (A), acte par lequel le moi s'identifie à l'objet, le revit, le recrée dans la contemplation esthétique, « l'auto-projection, l'effusion, ou plutôt l'infusion, qui serait le terme le plus adéquat s'il ne prêtait à une équivoque risible, c'est-à-dire l'acte de se plonger dans les objets extérieurs, de se projeter, de s'infuser en eux... » (B, 64). Or, pour le médecin, l'objet déjà figure une construction du sujet, qui n'a donc plus besoin de s'y projeter. Il n'y a ni effusion ni infusion, mais simplement fusion partielle, par elle-même édificatrice. Le symbole tombe, initule, parce que sans emploi valable. Entendons le symbole esthétique, seul à considérer ici, car pour ce qui concerne la symbolisation de la pensée en général, c'est là un tout autre problème. Le recours au symbole et à la sympathie n'approfondit rien et possède une vertu plus

descriptive qu'explicative. Quelle spécificité esthétique pourrait d'ailleurs posséder cette sympathie qu'on invoque partout et ce symbolisme à tout faire, plus que la pire des bonnes ? Mieux vaut donc s'abstenir de parler de sympathie, avec ou sans symbole, et retenir de l'intuition l'acte unique de pensée par lequel le pathologique se trouve à la fois appréhendé et contemplé (1).

La *contemplation* esthétique eut l'heureux privilège de susciter d'innombrables études et d'être tenue pour le « maître-problème » (V. Basch, B) ; la création artistique, trop rare, trop difficile à observer, étant négligée, quoique certains en soulignèrent l'intérêt (Hirn, Volkelt, Lessing) et s'y attachèrent (Ch. Lalo, Liviu Rusu). Des travaux de ce genre seraient éminemment souhaitables à plus d'un titre, sans qu'il faille opposer avec arbitraire ou artifice la création et la contemplation.

Le médecin contemplateur n'est-il pas aussi créateur à sa façon ? Son œuvre ne se concrétise pas dans la matière, mais elle existe dans l'esprit, sans qu'il soit nécessaire de la peindre, de la sculpter ou de l'écrire. A partir des éléments sensoriels émanés du malade d'un côté, et de l'autre de son savoir technique, il se crée une vision de la maladie, construction qui lui est propre et qu'il doit maintenir, lors même qu'il la contemple, sous peine de la voir s'effriter et s'évanouir. Le beau cas est une création technique, et sa contemplation, intimement liée à sa création, se révèle active sinon par elle-même productive. En médecine, amateur et artiste se confondent obligatoirement dans la même personne et dans le même moment. Il serait donc faux, une fois de plus, d'opposer la prétendue passivité contemplative à l'activité créatrice. La contemplation aussi est active, mais d'autre manière : activité subjectivée, intériorisée, au lieu d'être objectivée, extériorisée. Contem-

(1) « L'intuition apparaît comme un savoir, acquis par l'observation du comportement du réel, » dit E. Meyerson (II, 662).

pler, c'est recréer, a-t-on dit fort justement. L'artiste est en même temps créateur et contemplateur. Il possède l'initiative et la paternité de l'œuvre, la maîtrise d'une technique, le pouvoir d'imposer et de s'imposer. L'amateur se contente du sentiment de la technique, du pouvoir de supposer, et il recrée l'œuvre de seconde main, parfois dans un autre esprit, imaginairement; c'est un homonculus d'artiste. Comme créer, contempler consiste à imaginer autant qu'à voir ou entendre.

L'imagination conduit à l'*imaginaire*, au sens phénoménologique. Après avoir critiqué (A), les conceptions classiques de l'imagination (Descartes, Humes, Leibniz, Ribot, Bergson...) et rendu plein hommage à Husserl, dont il adopte le point de vue, Jean-Paul Sartre conçoit l'imagination comme une fonction essentielle et spécifique de la pensée, la « fonction irréalisante » de la conscience, ayant l'imaginaire comme corrélatif noématique (B). L'image possède quatre caractères phénoménologiques : elle est « une conscience », c'est-à-dire une structure psychique concrète, non un état inerte, un résidu passif ; elle est une « quasi-observation », l'attitude observatrice existe, mais n'apprend rien, car l'objet en image n'est que la conscience qu'on en a ; elle « néantise » son objet qu'elle pose comme absent, alors que la perception le pose comme existant ; enfin elle est spontanée, se donne à elle-même comme telle. De plus, l'image implique intention. Elle est « un acte qui vise dans sa corporéité un objet absent ou inexistant, à travers un contenu physique ou psychique qui ne se donne pas en propre, mais à titre de « représentant analogique » de l'objet visé » (B, 34). Il s'en suit que « l'œuvre d'art est un irréel » (B, 239). Soit un portrait de Charles VIII. Le cadre, la toile, les couleurs perçus par la « conscience réalisante » ne sont pas par eux-mêmes l'objet d'esthétique appelé *Charles VIII*. Il faut que la conscience abolisse ou négative ces éléments extérieurs matériels, « néantise le monde », pour que soit esthétiquement appré-

hendé le portrait. *Charles VIII* est donc un irréel saisi sur la toile réelle par l'acte intentionnel de la conscience imageante. Le peintre n'a pas réalisé l'image mentale qu'il avait de Charles VIII, mais il en a produit l'objectivation, « l'analogon » matériel (autrement dit la représentation analogique) permettant à autrui d'en saisir à son tour l'image, de la contempler. « La contemplation esthétique est un rêve provoqué et le passage au réel est un authentique réveil » (B, 245).

Cette manière d'exprimer les choses offre pour nous l'intérêt de porter fortement l'accent sur la conversibilité des attitudes de la conscience, sur la valeur structurale de celle-ci et sur son importance dans l'élaboration subjective de l'objet esthétique, points capitaux. Toutefois, sans entreprendre une critique qui nous entraînerait trop loin, trois remarques doivent être formulées.

D'abord, si l'assimilation de la contemplation au rêve n'a rien de révolutionnaire, puisque Paul Souriau par exemple avait longuement insisté sur le rôle majeur de la suggestion dans l'art, identifiée à l'hypnose alors très à la mode, elle explique au fond *obscurum per obscurius*. En outre, la conscience contemplative diffère structuralement de la conscience onirique. Ensuite, si le beau ne relève que de l'imaginaire, tout l'imaginaire n'est pas empreint de beauté. Le savoir, la vérité sont aussi des irréels. Il faudrait donc une manière *sui generis* d'appréhender l'irréel, qui serait esthétique et que la conscience imageante ne suffit pas à définir. La phénoménologie ne nous apprend là rien que nous ne sachions. Enfin l'irréductibilité de l'opposition entre le réel et l'imaginaire semble bien outrancière. La toile enlevée, reste le cadre. Est-ce du perçu, du réel pur ? Le réel perçu se réduit à l'assemblage de quatre morceaux de bois, c'est tout. Si nous percevons le cadre, c'est que nous imaginons sa fonction, son usage, nous dépassons toujours le réel et nous ne pouvons pas phénoménologiquement ne pas le dépasser. Si l'imaginaire

représente un genre de vécu différent du réel chez les rêveurs morbides, les schizophrènes, les vélléitaires, on ne doit pas méconnaître que des imaginatifs, des sadiques, des masochistes, etc., réalisent précisément ce qu'ils ont imaginé, et mieux encore surréalisent, si l'on peut dire, le réel en y combinant l'imaginaire. On n'est pas toujours forcé d'oublier qu'une femme est belle pour la désirer ; le désir réalise la beauté dans le temps que la beauté irréalise le désir, par une conscience à la fois imageante et réalisante. Il y a moins opposition des plans du réel et de l'imaginaire que glissement continu de l'un à l'autre. Le beau cas exige cette appréhension en profondeur au cours de laquelle une partie non neutralisée du réel s'intègre au construit imaginaire, par une conscience surréalisante ou surimageante selon le point de vue considéré.

Ce qui compte alors n'est plus le réel, ou plutôt un certain réel. L'attitude contemplative devrons-nous à notre tour répéter, est désintéressée. A vrai dire, le *désintéressement* comporte un double sens, négatif et positif. Au sens négatif coutumier, se désintéresser revient à détourner d'un objet ses tendances et consiste, en la conjoncture, à supprimer les intérêts habituels — d'ordre utilitaire : soulager le malade, le guérir, le faire payer — et d'ordre spéculatif : rechercher une étiologie, un mécanisme pathogénique, un déterminisme physiologique, par curiosité intellectuelle. Ce double désintérêt, à l'égard du malade et à l'égard de la science, s'affirme dans l'attitude esthétique. Pour être le plus frappant, il n'est pas le plus influent. Il représente un effet plus qu'une cause. Il conditionne moins l'attitude contemplative qu'il n'en résulte. Phénomène négatif, ce désintérêt suppose un centre d'intérêt positif, circonscrit, polarisant la conscience, l'étrécissant et l'avivant : l'intérêt à la maladie contemplée en elle-même et pour elle-même. C'est le sens kantien de négation de l'activité utilitaire et d'oubli de soi, renforcé par l'idée de polarisation active. En prenant l'attitude

contemplative, et parce qu'il la prend, le médecin se dégage de l'utile, abstrait le malade, quitte tout souci de recherche de la vérité ; la prise de conscience esthétique supprime tout ce qui se trouve en dehors d'elle, et cela se conçoit puisque la conscience est conscience de quelque chose et ne peut coexister avec une seconde conscience ayant un objet différent.

Le désintérêt, concomitant ou postérieur, est un désintérêt par *excès d'intérêt*, analogue à la distraction par excès d'attention. Il témoigne d'une concentration consciente sur un intérêt contemplatif ou plus précisément esthétique. Détachement du besoin, désinsertion de l'action disait Bergson : « Si ce détachement était complet, si l'âme n'adhérait plus à l'action par aucune de ses perceptions, elle serait l'âme d'un artiste comme le monde n'en a point vu encore. Elle excellerait dans tous les arts à la fois, ou plutôt elle les fondrait tous en un seul » (A, 157). Art unique et total, dont rêvait Wagner par exemple, qui échoua en ne laissant que de la musique. L'élan métaphysique du grand philosophe ne l'a-t-il pas emporté fort au delà des vraisemblances psycho-physiologiques ? Un tel détachement de l'action serait non seulement inviable mais impensable : l'artiste resterait pantelant, sans technique et sans art. Sortir à ce point de la caverne de Platon pour atteindre l'idée serait catastrophique. Créer artistiquement n'est-ce pas agir ? Et agir suivant une tendance qui, pour n'être pas un besoin matériel répond néanmoins à une exigence de l'organisation psycho-physiologique de l'individu. Il faut avoir agi pour contempler et la contemplation prélude à l'action.

L'unification de la conscience dans l'intérêt esthétique rappelle le thème de l'*accord* des *facultés* tant ressassé depuis Kant. Il n'y a pourtant plus lieu de s'extasier devant cette belle harmonie de l'imagination et de l'entendement, ou de l'intelligence, de la sensibilité et de la volonté, car ce découpage en facultés sonne aujourd'hui

faux. D'ailleurs, cet équilibre se réalise dans tout état fort de la conscience, qu'il s'agisse de la contemplation esthétique, de l'émoi moral, de l'extase religieuse ou de l'extase sexuelle. Il ne s'agit plus d'ordonner artificiellement une mosaïque de fonctions, mais de saisir l'univers dynamique vécu. Quand nous admirons un beau cas, nous vivons une attitude globale de la conscience, impliquant la polarisation univoque de toute notre activité psychique, déterminant un comportement d'esthétique, comme une autre situation déterminerait un comportement de fuite ou d'agression. On n'avance guère à tailler en éléments mal venus un ensemble donné que l'on admire ensuite de pouvoir reconstituer.

Non moins classique, mais plus intéressante, est la notion de *jeu*. Le jeu caractérise plusieurs sortes d'attitude de conscience et de comportement. Trois modalités au moins sont à distinguer : le jeu-exercice, le jeu-amusement, le jeu-technique. — Le *jeu-exercice* se réfère d'une part à l'excès d'énergie physique, au besoin de dépense d'une activité superflue comme l'affirmait Spencer, et d'autre part à l'activité spontanée liée au développement fonctionnel de l'enfant et du jeune animal essayant leurs tendances et leurs organes de relation, comme le formulait Groos dans la notion de pré-exercice. D'expression spontanée, de valeur sensori-motrice, ce jeu relève de la biologie, et s'il peut intéresser le spectateur, il ne reflète aucune conscience esthétique chez le sujet. — Le *jeu-amusement* par contre, s'intellectualise davantage ; il correspond aux distractions et divertissements préservateurs et salvateurs de l'ennui sans exiger d'effort ni de contrainte marqués et procure ainsi une facile détente euphorique. La plupart des jeux simples d'enfants, et de pas mal d'adultes qui n'ont pas cru ou pu vieillir, sont de ce type. — Les règles se compliquent et se codifient sévèrement dans le *jeu-technique*, que nous entendrons dans un certain sens comme le jeu pour le jeu. Intellectualisé, astreignant, il demande

souvent une activité plus entière et plus harmonieuse, comme le comprenaient Kant et Schiller. Bridge, échecs, tennis aussi bien que chant, danse et dessin dans leurs formes mineures appartiennent à ce type de jeu, qui confine à l'art et parfois ne s'en distingue que par ses moyens ou sa valeur d'exécution. Le jeu technique se tient à la frontière de l'esthétique quand on ne veut y voir qu'un jeu selon la signification restreinte habituelle, mais il la franchit aisément dès que s'affirme la prise de conscience esthétique, qui répond au fond à une forme supérieure de jeu.

Aux trois précédentes modalités du jeu, ne serait-il pas légitime d'en ajouter une quatrième : le *jeu-esthétique* ? Si l'art n'est pas qu'un jeu, il y a du jeu dans l'art. Quand le médecin s'extasie devant un beau cas, il s'abandonne à une activité de luxe, se délasse du tran-tran quotidien, se délivre des contraintes utilitaires et joue soudain avec son métier. Sa conscience imageante est aussi ludique. Il ne travaille plus sur un savoir, il ne subit plus l'emprise des percepts, il imagine un objet avec lequel il joue à se fasciner. Ce n'est plus simple amusement, banale distraction, mais émerveillement. De même que le Peyolt fut appelé « la plante qui fait les yeux émerveillés », le beau cas pourrait être dit le cas qui fait les yeux émerveillés. Cette manière littéraire de parler traduit une apparence psychologique de la conscience que l'on a le droit de retenir comme trait descriptif, non comme principe d'explication (1). Il ne s'agit pas d'un pur imaginaire, il ne s'agit pas d'un rêve ; faut-il rappeler un petit fait tellement évident que les meilleurs philosophes parfois l'oublient : le rêve possède un conditionnement organique défini, le sommeil, qui ne se

(1) L'aspect illusionnel de l'art le fit rapprocher du mensonge. La parenté s'établirait chez les émotifs au moyen du mensonge par embellissement, et M. Le Senne de proposer : « Le mensonge serait l'art manqué, l'art le mensonge moralisé » (176). Nous dirions plutôt de l'art qu'il est le mensonge réussi, s'il n'y avait là qu'une analogie toute superficielle.

retrouve nullement dans la contemplation esthétique. Reparler d'hypnose ne serait qu'argutie et reviendrait à se payer de mots. Mieux encore vaut-il rester créancier.

III. — L'intuition médico-esthétique apparaît comme la prise de conscience contemplative et ludique d'une figure construite avec un savoir médical sur un cas de pathologie.

Quel cas et pourquoi tel cas, demandera-t-on ? Il faudrait préciser davantage et recourir à l'analyse de l'objet plutôt que du sujet, bien que ce couple ne puisse vraiment divorcer. Si l'on examine une assez longue série de beaux cas, on s'aperçoit aisément qu'ils se répartissent en deux grands groupes suivant qu'ils relèvent de la règle ou de l'exception. Considérons donc d'une part les cas réguliers, d'autre part les cas exceptionnels.

Les beaux cas *réguliers* sont les cas typiques. Règle ici doit être entendue au sens de norme, non d'habituel, de banal, de plus fréquent. Par exemple, la pneumonie est une affection pulmonaire fréquente qui n'offre ordinairement rien d'admirable. Mais celle que nous avons décrite (p. 11), se montre moins commune. Elle réalise point par point tous les symptômes fonctionnels, tous les signes physiques, toute l'évolution qui doivent être lorsque se réalise le type même de la maladie, le modèle digne des honneurs de la description magistrale dans les traités et les questions de concours. Or, cette remarquable réalisation est chose rare, qui concrétise en somme un idéal de perfection nosologique. Le type abstrait, trônant dans les nuées du savoir doctrinal, descend sur terre et s'incarne, s'individualise, sans perdre aucun de ses caractères — ce qui, redisons-le en passant, prouve sa valeur clinique. Il y a accord entre le savoir et le perçu, le réel et l'imaginaire. C'est donc la complète *adéquation* entre la figuration abstraite et la représentation concrète de la maladie qui suscite le sentiment de beauté.

L'idée platonicienne du beau, idéal absolu, divin, ou

mieux la forme intellectuelle pure d'Aristote serait évocable si nous ne craignions sur notre terrain ces vieux fantômes métaphysiques. Nous fuirons même le prestige de l'idéalisme naturaliste. Accordons-nous toutefois le luxe, puisque notre sujet en préconise le genre, de citer le trop classique Charles Levêque : « Le beau, écrivit-il, c'est la force ou l'âme agissant avec toute sa puissance et conformément à l'ordre, c'est-à-dire de façon à accomplir sa loi » (161). Chaque genre a son type de beauté, et l'auteur d'établir sans hésiter une savoureuse hiérarchie esthétique où, à tout seigneur tout honneur, l'homme occupe la première place, peut-être par une délicate courtoisie à l'égard de Dieu qui le fit à son image. Les plantes, pourtant dépourvues d'âme et de motricité, sont belles dans la mesure où elles expriment leur force vitale végétative. Levêque rejoint le vitalisme que devait développer Guyau. Ce n'est pas du tout cela que nous voulons dire ; car nous portons au plan du sujet ce qu'ils voyaient au plan de l'objet. L'orchestration du morbide n'existe pas *in res*, mais nous l'objectivons dans un concept général d'harmonie, valable parce que commode sans qu'il implique un sens transcendant. L'intuition esthétique ne fournit pas une connaissance, mais une reconnaissance.

Typicité, autrement dit adéquation au modèle, perfection dans le genre, voilà la caractéristique formelle du beau cas régulier. La nature devient l'artiste créant l'œuvre dont nous avons la science, et nous admirons en elle notre savoir. Nous éprouvons en outre le sentiment d'une puissance de réalisation technique par le génie de la maladie, simple métaphore. Cette typicité ne prend de valeur esthétique que dans la mesure où elle paraît rarement réalisée. Tout ce qui est typique n'est pas forcément beau ; encore faut-il que ce soit inhabituel, que cela marque une hiérarchie et un summum par rapport aux termes de comparaison. Fechner tenait déjà la rareté pour principe du beau. Et M. Charles Lalo reconnaît médiocre toute banalité

pour voir dans la rareté naturelle un équivalent de l'habileté technique. L'habituel n'excite plus l'intérêt, n'émeut plus et témoigne d'un nivellement qui n'exige qu'une conscience somnolente, automatisante.

On ne s'étonne plus alors qu'à côté des beaux cas réguliers surgissent les beaux cas *exceptionnels*. Le caractère d'exception réside soit en la rareté même de la maladie, qui rend celle-ci extraordinaire ; soit de l'atypicité complète de la maladie, dont le tableau se transforme ; soit de la surcharge d'un type, frappant par son exubérance expressive. De toute manière, le cas échappe à la norme et surprend par sa nouveauté. Ces deux traits iraient-ils jusqu'à interdire l'admission des cas exceptionnels dans le cadre de beauté des cas réguliers ? « Tout nouveau, tout beau », affirme le dicton populaire, que Faguet contredisait en proclamant : « Tout ce qui est nouveau est laid. »

En fait, la nouveauté surprend toujours et l'émoi qu'elle provoque peut être de qualité esthétique positive ou négative suivant les circonstances. On sait qu'il faut souvent s'habituer petit à petit au nouveau avant de l'adopter et d'en jouir ; que l'on peut en recevoir aussi un coup de foudre, cristallisateur parfois d'une préparation antérieure latente. Cela s'accompagne ou non d'une appréciation esthétique. Un cas nouveau n'est pas forcément un beau cas. La nouveauté, l'exceptionnel sont des caractères an ou para-esthétiques capables seulement de favoriser l'intérêt esthétique en éveillant la curiosité et fixant l'attention. La conscience alertée est prête à jouir autant qu'elle peut de ce qui la stimule. Elle peut se satisfaire en une conduite inférieure de *collectionnisme* ; l'amateur fixera dans sa mémoire ou ses archives des beaux cas, comme il épinglera des papillons ou collera des timbres-poste (recherche de l'unique, de la série complète, etc.) (1).

(1) Le *collectionnisme* se rencontre surtout chez des hommes, célibataires et cultivés, mus par un besoin d'acquisivité et de jeu, soumis au prestige du

Elle peut aboutir à une conduite supérieure d'esthétisme en s'attachant à la réussite rare d'une certaine activité pathologique, ce qui ramène au beau cas régulier.

Certes, le cas exceptionnel n'offre pas cette adéquation au type, dont nous avons signalé la valeur. Au contraire, il lui reste étranger ou le surcharge jusqu'à le défigurer, voire le transfigurer. Il frappe grossièrement comme un poing sur le nez, ou il fuit avec mystère comme une subtile caresse. Il tend et détend l'esprit tout ensemble, et l'oriente ainsi sans doute vers l'attitude ludique ; il exprime l'omnipotence et la variété du processus morbide, dont persiste au fond l'unité d'action ; il figure enfin une réussite technique et s'impose comme un genre anormal (inusité) de perfection. Esthétique ou sensuelle, la conscience recherche avidement les impressions rares, neuves, qui la font vibrer mieux ou d'autre manière. Le perçu violente le savoir, le réel supplante l'irréel dans un premier conflit que résoudra finalement l'imaginaire en sa faveur, d'où satisfaction esthétique.

Exceptionnels ou réguliers, les beaux cas appartiennent donc au même plan et représentent également des réussites conjointes du processus morbide et de la technique, du savoir et de l'imaginaire, saisies dans la même intuition esthétique. Cette dernière appréhende aussi la laideur, trop souvent passée sous silence.

§ 2. Le laid

I. — S'il existe du pathologique une beauté, il doit y avoir une laideur corrélative. Le profane ne voit guère dans la maladie que le malade, et le perçoit rouge, jaune,

classement et sensibles à l'émulation. Il peut prendre un caractère passionnel. H. Codet en distingua avec raison la « collectionomanie » des déséquilibrés et surtout le « ramassage » des aliénés dit à tort collectionnisme. Selon les cas, le collectionnisme est anesthétique, infra ou para-esthétique, rarement esthétique.

maigre, souflé, suant, saignant, tordu, impotent, etc., donc pitoyable, répugnant et laid, par un jugement de dégoût plus encore que de goût, si l'on ose dire. Le médecin voit au travers du malade la maladie (infection, asystolie, arthrite, paralysie, etc.,) qui lui est techniquement sympathique et pourra lui être belle, indifférente, ou laide. Qu'il reprenne conscience du malade, il le trouvera laid comme le profane. La beauté de la maladie n'embellit malheureusement pas le malade, et la laideur de la maladie diffère du tout au tout de celle du malade. Sous un autre angle, cela prouve encore que l'intuition médico-esthétique ne traduit pas une perversion du goût et ne fonde pas une pseudo-esthétique faite de monstruosités, de paradoxes et d'anarchie. D'aucuns le regretteront peut-être !

II. — En quoi consiste la laideur du pathologique ? — Le langage médical n'emploie pas comme pendant du beau cas l'expression « laid cas » ou « cas laid ». Il y a bien la locution « vilain cas », mais son sens demeure exclusivement biologique pour désigner la gravité de la maladie concernant une fonction ou la vie du malade. On se contente de négativer l'expression en disant : « ce n'est pas un beau cas ». Quand on sent cela, on formule un jugement de laideur.

Contrairement à l'opinion courante, la plupart des faits morbides ne sont pas laids pour le médecin ; ils sont esthétiquement neutres. On en voit trop pour n'être pas blasé, du moins quant au pain quotidien. Il s'en suit que les cas laids sont presque aussi rares que les beaux cas. Mais ils ne jouissent pas du même privilège. On ne les collectionne guère en de savantes publications ; on ne se réunit pas pour les juger et les aborrher au sein d'une originale « foire aux croûtes » ; on les rejette dès qu'on les saisit, sans les comparer, sans les commenter, sans les enseigner. En un mot, ils ne sont pas « socialisés », ou à peine, alors que les beaux cas se trouvent fort bien introduits dans la société médicale. Cela explique leur peu

d'importance apparente et le fait que le langage médical ne leur ait pas accordé une épithète définie. Leur intérêt apparaît surtout à la réflexion, mais il n'est pas méprisable, car la laideur, où qu'elle soit, pose des problèmes capitaux (1).

Le pathologique est *laid* quand il marque soit un échec dans l'adéquation au type attendu, sans compensation expressive, soit une figure dissociée ou globalement insuffisante de l'expression morbide alors que l'intuition technique présentait une réussite de la pathologie. Le réel déçoit l'imaginaire et choque le savoir. Il y a une conduite d'*échec*, que le raté soit imputable à la nature, à la médecine... ou au médecin. Par exemple, une pneumonie dont le souffle et la matité sonnent mal, dont les crépitants sont remplacés par des sous-crépitants, dont la température oscille, dont l'évolution traîne sans complications et se termine par la guérison, paraît bâtarde, mal construite et peut sembler laide. De même une maladie trop modifiée par le traitement s'estime abîmée, enlaidie : simple ébauche de crise épileptique à cause du gardénal, avorton de catatonie ou de mélancolie à cause de l'électro-choc, etc. La maladie ne satisfait plus à ce qu'elle doit être. J'entends bien que cela procure une grande satisfaction thérapeutique au médecin, et au malade, mais elle n'est plus esthétique par rapport à la maladie ou s'il y a encore quelque chose d'esthétique, ce sera l'insatisfaction exprimée dans un jugement de laideur.

Des influences anesthétiques peuvent aussi conditionner la laideur de la maladie. La fastidieuse banalité d'une angine érythémato-pultacée, d'une bronchite simple, d'une

(1) On a pu nier qu'elle existât. Frois-Wittmann tient l'art moderne pour l'expression directe de l'inconscient, la conquête du subjectivisme, la libération à l'égard du surmoi et du réel. Fiction imaginative ou tout nouveau rapport est beau. C'est vraiment perdre de vue la conscience esthétique. Il serait d'ailleurs dangereux pour l'art moderne d'être obligé de supprimer la notion de laideur pour être acceptable !

naïve entéro-colite pourrait finir par les faire passer de l'indifférence esthétique à la laideur, bien qu'elles fussent conformes au type. Le banal trop accablant insupporte et peut même être ressenti comme laid. Pour des raisons d'ordre intellectuel, affectif ou sensitivo-sensoriel, certains médecins répugnent à s'occuper de telle ou telle sorte de maladies (tuberculose, maladies de cœur, de peau, maladies mentales, affections génito-urinaires, maladies du nourrisson, du vieillard, etc.), ce qui les conduit par un transfert négatif dans l'ordre esthétique à les trouver systématiquement laides. Phénomène de contamination subjective qui oriente le sens de la conversion de la conscience.

Théophile Gautier put écrire : « Il n'y a de vraiment beau que tout ce qui ne peut servir à rien : tout ce qui est utile est laid, car c'est l'expression de quelque besoin, et ceux de l'homme sont ignobles et dégoûtants comme sa pauvre et infime nature. » Sans doute la conscience utilitaire est-elle incompatible avec la conscience esthétique, mais l'utile en soi se qualifie anesthétiquement, il n'est pas nécessairement laid. Ce n'est pas le caractère utilitaire de la conscience médicale devant la maladie qui rend cette dernière laide. Sa laideur implique au contraire l'existence d'une intuition médico-esthétique et d'une attitude particulière de la conscience. Le médecin ne saurait partager l'opinion de l'écrivain dans l'explication littéraire qu'il fournit; les besoins de l'homme ne sont pas plus ignobles et dégoûtants que ceux des autres êtres vivants, et les plus inférieurs servent encore, d'une façon médiate ou immédiate, au développement des tendances les plus supérieures sans lesquelles science, art et religion n'existeraient point.

III. — La laideur possède une *valeur esthétique* au même titre que la beauté. Rosenkrantz déjà la tenait pour la négation et non la simple absence de beauté. Encore faut-il s'entendre. Le laid n'est pas le négatif d'un positif qui serait le beau. C'est un autre état positif négateur de

celui de beauté. M. Étienne Souriau a déjà protesté qu'il « n'est pas une valeur positive de l'art » (A, 186), et il a cru devoir opposer au beau le grotesque.

Sans développer la discussion, notons que le cas laid se distingue à la fois du beau cas et du cas neutre par sa structure propre ; il comporte des « manque », bien entendu, mais aussi des « autre », ce qui lui confère un aspect positif, appréhendable et analysable comme celui du beau. Qu'il produise un maximum de fatigue et un minimum de stimulation comme le voulait Victor Basch, rien de moins sûr. La question ne se résout pas par un équilibre quantitatif, mais par une qualité différente. La laideur peut stimuler et attirer plus que la beauté. Cet auteur devait le reconnaître en partie puisqu'il écrivit : « L'âme moderne a besoin, pour être vraiment émue et troublée, du condiment du laid » (A, 596).

On peut parler avec M. Charles Lalo de « désharmonie » (G, 65) produite au lieu de l'harmonie attendue et, comme nous l'avons fait, de raté technique transposé sur le plan de la nature. Relevons alors que le paradoxe vu par l'auteur d'imaginer une technique de la monstruosité ratée ou réussie (G, 66), se trouve précisément la vérité que nous nous sommes proposé d'établir en cette étude. On peut parler avec M. Raymond Bayer de « disconvenance radicale » entre les moyens et leur fin. Cette manière abstraite de traduire ce que l'on éprouve s'avère légitime, mais n'exprime pas la structure positive du laid. Charles Levêque n'y parvint pas mieux en définissant la laideur comme « la force réalisant par toutes ses puissances tout le désordre qu'elle peut réaliser sans périr immédiatement » (212) et en donnant comme exemples convainquants Satan et la Mort ! — par un symbolisme moral de la laideur sur lequel revint avec raison Valentin Feldmann.

Nous reprendrions volontiers l'expression de ce dernier auteur voyant dans le laid un « mal esthétique » (B) et nous redirions à ce propos ce que nous avons exposé sur

la notion de pathologique (p. 30). V. Feldmann voit dans le laid « le discordant en soi », l'essence du « caractéristique », une structure du monde ayant pour espèces le hideux, le grotesque et l'atroce. Mais il refuse d'y incorporer le raté, l'avorté. Cette exclusion pour des motifs de système, nous paraît franchement illégitime. Phénoménologiquement, la consciente imageante du laid intentionne aussi bien le raté, l'avorté, l'atypique que le difforme, le désadapté, le discordant. Nous avons observé ce sentiment d'échec dans la motivation de la laideur des cas médicaux, sans parler des œuvres d'art. B. Morris admet le raté de l'expression dans le mode qu'il appelle « laideur catégorique ». Le chasseur qui a raté son gibier n'en a pas moins visé et tiré, et le fait que sa carnassière demeure vide — forme évidente et vexatoire de l'échec, de l'imperfection — ne l'empêche pas d'avoir eu le comportement positif de la chasse, sinon son résultat. La laideur du pathologique peut être un raté de ce genre, une promesse de beauté non tenue, une attente déçue, mais non pas inutile ou vide, car la conscience s'agrippe à une structure pleine et active, valorisable esthétiquement.

Rappelons que la laideur morbide s'ennoblit aux yeux du profane par son utilisation artistique comme moyen de vraisemblance, de contraste, d'expressivité, de réalisme, de symbolisme dont nous n'avons pas à traiter. Le laid représente bien une des catégories esthétiques qu'il convient d'envisager par rapport à la maladie.

§ 3. Les catégories esthétiques

En face de la maladie, le médecin n'est pas condamné à formuler de rigides jugements de laideur et de beauté. Pour téméraire que cela paraisse, il peut nuancer son sentiment esthétique et appliquer les catégories dont le nombre, la définition, la valeur, dépendent du point de vue et de la finesse psychologique de l'esthéticien. Quelles

sont précisément les catégories applicables en l'occurrence et comment le sont-elles ? La question ne porte pas sur de vaines subtilités, mais au fond même du sujet.

I. — Le beau cas prend un caractère *grandiose* quand les troubles progressent en étendue et en intensité comme si le processus morbide possédait tout l'organisme et ne faisait plus qu'un avec lui. Un bon exemple historique en serait la variole noire dont mourut Louis XV, avec sa marée de pustules hémorragiques couvrant la peau, les yeux, le pharynx, donnant à l'entourage l'impression d'une pourriture avant que la mort fût accomplie. La maladie étale et impose avec sérénité sa puissance maxima et sa beauté acquiert de la grandeur.

Le cas n'est plus que *joli* quand il montre une réduction proportionnelle de ses manifestations, une aisance et une superficialité du processus morbide. La maladie se pose avec sa puissance minima. Le joli est le nanisme du beau, dont le gigantisme est le grandiose. Nous avons vu l'inoculation expérimentale d'un chancre mou du pénis produire à l'épaule un joli chancre en miniature, avec sa petite pustule entourée d'une délicate collerette rouge et renfermant des bacilles de Ducrey.

La *grâce* appartient à certaines varicelles, dont les vésicules en perles limpides éclosent avec nonchaloir sur les téguments ; à certaines cyclothymies aux variations dépressives et excitatives modérées, au rythme souple et à la moelleuse continuité. Facilité inattendue du processus pathologique. « Parabole du pouvoir » (A, 77), « esthétique de l'inespéré » (A, 90) dit M. Raymond Bayer dans sa monumentale thèse où il confère à la grâce une structure originale, distincte du beau, du sublime, du comique, et y voit un « équilibre de surcroît » appartenant à une conception générale du rythme énergétique. Ayant accordé la grâce un instant même au sévère schématisme logique de Spinosa (A, 205), l'auteur ne saurait sans doute la refuser au dynamisme pathologique, d'autant plus qu'il la

reconnaît à la mort des adolescents, du moins dans les cas littéraires de Didon, d'Adonis, d'Hyacinthe, de la jeune Tarentine (1). La grâce du mourant tient à la poétisation des circonstances individuelles. Cela n'a rien à voir avec la pathologie. Pour nous la grâce du mourant — et il ne serait pas nécessaire que ce fût un adolescent — serait la grâce de l'agonie elle-même, dans sa lutte adoucie, dans la dégradation harmonieuse et molle des ultimes réactions organiques s'affaiblissant jusqu'au dernier soupir sourdement exhalé.

II. — On ne doit pas confondre l'esthétique nuancée des circonstances, de la situation du malade, avec celle de la maladie même. Le profane commet toujours cette confusion, et pour cause ; le médecin souvent, malgré sa réputation d'insensibilité professionnelle, se laisse toucher par l'humain. Un garçon de 13 ans, au corps agile, bien proportionné. aux traits fins, aux beaux yeux bruns profonds, vient sans crainte avec sa maman consulter pour une légère céphalée. L'examen conduit au diagnostic de méningite tuberculeuse, arrêt de mort à bref délai. En un instant la catastrophe s'abat sur cette famille et c'est au médecin qu'incombe de l'annoncer à la mère. Voilà un pathétique, un *dramatique* de situation, dans lequel la technique médicale ne joue qu'un rôle de moyen. Dramaturges, romanciers, poètes ne manquent pas d'exploiter la situation maladie pour en tirer des effets émouvants ou terminer honnêtement leur histoire. Le médecin ne se

(1) Empruntons-lui cette citation (A, 60) de Parny, « Sur la mort d'une jeune fille », au charme un peu conventionnel et désuet :

Mais le ciel avait au trépas
Condamné ses jeunes appas.
Au ciel elle a rendu sa vie,
Et doucement s'est endormie,
Sans murmurer contre ses lois.
Ainsi le sourire s'efface ;
Ainsi meurt sans laisser de trace
Le chant d'un oiseau dans les bois.

refuse d'ailleurs pas à y vibrer comme tout le monde. Mais parfois il découvre une autre forme de dramatique inhérente à la maladie même, le drame de la maladie joué par le processus morbide.

Il n'y a plus qu'un acteur, le malade, et qu'un spectateur le médecin. N'est-ce pas un drame qui se déroule crescendo dans le syndrome de Landry où la paralysie ascendante aiguë atteint les membres inférieurs, puis les membres supérieurs, puis la parole, la déglution, la respiration... ; le médecin voit littéralement le processus conquérir centre par centre, noyau par noyau le système nerveux central jusqu'à ce que l'atteinte bulbaire fasse tomber le rideau sur l'acte final. Pareillement, l'apoplexie peut réunir les trois règles théâtrales classiques de l'unité d'action, de l'unité de lieu et de l'unité de temps, par une hémorragie cérébrale foudroyante, avec son ictus initial, son coma profond et son évolution mortelle en deux ou trois heures. La maladie émeut techniquement le médecin par son action désorganisatrice intense, et celui-ci retrouve en elle les sentiments esthétiques par ailleurs éprouvés car il la contemple à l'égal d'un spectacle, et représente à la fois le connaisseur, le metteur en scène, le co-auteur.

Le *tragique* apparaît dans une belle agonie au cours de laquelle les manifestations morbides elles-mêmes semblent en lutte contre le destin de l'organisme qui dans la mort anéantira la maladie. L'agonie atteindra au *sublime* lorsque la maladie sera déployée au maximum dans le temps que les dernières forces organiques lutteront désespérément et s'épuiseront dans un déchaînement titanesque : cyanose et lividité de la face et des extrémités, sueurs froides visqueuses, carphologie, rauque soufflet de forge d'une respiration graillonneuse, râclante, irrégulière, marquée de pauses creusant un silence étonnant, arythmie cardiaque, pouls filiforme, etc. Ce dynamisme organique tempétueux possède l'élan d'une cathédrale gothique dressée vers l'infini.

Affirmer la beauté d'une terrible agonie semblera sacrilège à ceux-là même qui couramment admettent, décrivent et admirent la beauté de la mort, la majesté mystérieuse et sereine imprégnant, dit-on, le visage du cadavre. L'œil médical voit cela moins souvent que l'œil du littérateur. Quand elle existe, cette impression résulte de la détente et de l'inertie musculaires, peut-être aussi du contraste entre ce repos absolu et la tumultueuse agitation qui l'a précédé. Au lieu du spectacle, interdit, on s'autorise à admirer le rideau baissé après celui-ci.

N'y aurait-il pas là quelque refoulement subconscient des sentiments esthétiques de l'agonie, ou mieux des tendances sadomasochistes réprouvées par le moi conscient et socialisé ? On se rappelle le macabre succès qu'eut autrefois la Morgue de Paris lorsque les cadavres y étaient exposés aux regards des curieux ; le public allait s'y distraire comme au Musée Grévin ou au Grand-Guignol. Un homme ivre-mort dans la rue, un écrasé, un dément perdu attirent la foule qui veut « voir », appâtée par un spectacle pour elle certes dépourvu de beauté. Les sentiments spectaculaires sont très développés chez l'homme ; voir, être vu, avec ou sans signification libidinale directe, figurent des composantes primitives manifestes dès le plus jeune âge. Le médecin a le droit de les avoir aussi, mais ce n'est pas en cela qu'il nous intéresse. Le fait important consiste en ce que la coopération clandestine de l'instance sadomasochiste ne dénature pas la valeur esthétique de l'attitude consciente. La garantie s'en trouve dans l'aspect technique de la perspective alors adoptée, qui ne supporte aucune profane badauderie.

L'authenticité du sublime de la maladie s'affirme encore mieux que celle du tragique et du dramatique qui, plus proches de l'action et de l'émotion, excitent davantage les sentiments anesthétiques. L'état de mal comitial par exemple, spectacle horrible pour le profane, peut atteindre le sublime pour le médecin. Les crises convulsives subin-

trantes qui secouent le corps de ses vagues successives suivant un déterminisme neuro-moteur bien défini, bien ordonné, inexorable, appellent la notion d'un processus morbide dont la puissance s'exerce sans s'épuiser et cherche un infini, en dépassant la vie sans produire la mort. Le mal s'impose avec une force gigantesque et dispose à son gré de l'être terrassé, dans une progression sans fin apparente, conquête de l'impossible. Ici ce n'est plus la puissance de l'homme qui se trouve en jeu directement comme le désiraient Bain, Grant Allen ; ni la peur et l'orgueil comme était disposé à le soutenir Th. Ribot (B, 351). A. Schopenhauer avait souligné ce dépassement violent de la « volonté » par la connaissance de « l'idée » et voyait dans cet effort ce qui distingue le sublime du beau (A, 209).

Dans le cas de la maladie, on ressent encore l'impression d'une énergie violente qui passe le pouvoir du médecin, sans que ce dernier en soit nécessairement amoindri ni inquiet ; la relation de supériorité s'établit non pas entre le processus morbide et le médecin, non pas entre le processus et l'homme malade, mais entre le processus et l'organisme, c'est là le rapport primaire ; le médecin n'y participe comme tel que dans un rapport secondaire, ce qui a pour résultat d'objectiver et d'abstraire davantage le sublime de la maladie. Ce déploiement pour ainsi dire sans achèvement de l'énergie morbide paraît bien caractériser le sublime par rapport au beau. Mais l'appréciation en demeure aussi subjective que dans l'art. Le *Laocoon*, beau pour Lessing, était sublime aux yeux de Jouffroy, qui, par contre, tenait pour beau l'*Apollon du Belvédère*, reconnu sublime par Winckelmann. Inutile d'insister.

Ces nuances esthétiques de la conscience, classiquement appelées catégories, se succèdent souvent au cours de l'évolution d'un même cas dont elles marquent à leur manière les étapes cliniques. Par exemple, l'évolution de l'encéphalite épidémique chez un malade donné peut offrir des tableaux successivement beaux, grandioses,

tragiques, sublimes, depuis le syndrome fébrile initial jusqu'à la pétrification parkinsonienne. Telle de nos observations de suicide représente un beau cas par le développement passionnel qui finit par atteindre le sublime. C'est l'expression esthétique de toute la vie de la maladie témoignant de la dynamique labilité de notre conscience qui ne saurait sans doute se figer sans périr.

III. — S'il était facile, sans forcer les faits, de trouver des beaux cas à caractère grandiose, gracieux, dramatique, tragique, sublime, il n'en sera plus de même si l'on ose parler dans le même sens de cas *spirituels*, *comiques*, *ridicules*. A croire que la gravité naturelle à l'atmosphère médicale imprègne jusqu'à la tonalité esthétique des cas. Pourtant, sans métaphore ni abus de langage, le médecin éprouve parfois que la maladie apparaît comme spirituelle, comique, ridicule. Impression légère, avouons-le, qui ne s'impose pas avec la force manifestée par les autres catégories. Il s'agit d'une conscience estompée, d'une esthétique subliminaire, d'une esthétique de franges ou de frontières.

L'hystérie, avec ses simulations d'affections organiques, devient spirituelle quand elle s'exprime avec finesse et trompe juste comme il faut ; comique ou ridicule quand elle exagère et s'entête grossièrement. La syphilis passant chez le même malade du chancre amygdalien, ou elle prend figure d'angine, au duodénum où elle évoque l'ulcus, puis aux centres nerveux en donnant strabisme et migraine ophtalmique, paraît jouer à cache-cache avec l'organisme autant qu'avec la sagacité et la thérapeutique médicales. Le comique de la répétition se retrouve dans les fractures itératives. Le ridicule serait le lot du corysa, du cor au pied par exemple, à cause de leur symptomatologie réduite, de leur peu d'intérêt par rapport aux autres maladies.

Ces diverses qualifications sont ténues et fragiles, car elles se montrent trop pleines de l'homme pour que l'on puisse sans effort ni risque de duperie les en détacher pour les accoler à un processus morbide. Pareillement une

architecture sera dite gracieuse ou sublime, jamais ou difficilement spirituelle ou comique, un tableau n'est spirituel, comique ou ridicule que par la situation humaine, directe ou transposée, qu'il représente. On joue trop en le sachant et en le voulant, ce qui rend évanescent l'état de grâce. Il s'agit donc moins de cas spirituels, comiques, ridicules que d'impressions d'esprit de comique, de ridicule éveillées par le processus morbide lorsqu'il semble jouer à la manière de l'homme. « Il n'y a pas de comique, disait Bergson, en dehors de ce qui est proprement humain » (A, 3). La transposition métaphorique a le rôle principal. Mais qu'elle puisse s'opérer sur un tel objet offre déjà quelque importance, d'autant plus qu'elle ne tient pas à la situation, au malade, — autre question qui demande éclaircissement.

Il existe un comique de la maladie tenant au malade, qu'il vaut mieux dénommer *comique du malade*, afin d'éviter toute confusion. L'anomalie, l'infirmité, le trouble morbide provoquent souvent chez le profane un sentiment de comique. On rit du bossu, du bancal, du bègue ; on rit de l'obèse, du nain, de l'édenté ; on rit de l'ivrogne, de l'obsédé, du dément. Bergson crut devoir observer que « ni la folie en général ni l'idée fixe ne nous ferons rire, car ce sont des maladies. Elles excitent notre pitié. Le rire, nous le savons, est incompatible avec l'émotion » (A, 189). Certes, un sentiment de pitié ou de crainte empêchera de se produire le comique. Mais à tout âge on peut être sans pitié, et devant la maladie aussi bien que devant l'infirmité. Le profane souvent ignore ou méconnaît le caractère morbide de ce qui l'amuse, mais parfois il le sait fort bien et n'en rit pas moins : le « dingo », « l'idiot », « le sourd » sont des sujets comiques de prédilection dans la vie courante et au théâtre. Le médecin en fait-il autant ?

Presque tous les médecins, qu'ils soient ou non sensibles à la beauté du pathologique, ne rient pas du malade. Cela tient à trois principales causes agissant isolées ou associées selon les circonstances.

1° *L'inhibition volontaire :* le comique est senti sans être extériorisé ; l'obligation professionnelle exige qu'il soit volontairement réprimé, par souci de convenance et de dignité. On conçoit qu'un médecin qui moquerait ainsi son client n'aurait guère de chance de le conserver. C'est une contrainte de valeur utilitaire ;

2° *La neutralisation morale :* la pitié qu'éveille l'état du malade empêche d'en saisir le comique. Cas du profane, mais ici avec une conscience plus avertie et bien documentée. Le médecin apprécie d'emblée la gêne, la souffrance, l'infériorité du malade ou prévoit son triste sort ; il y compâtit et ne dépasse pas cette attitude charitable, l'un des plus beaux fleurons de notre profession. Un bon médecin doit être aussi un médecin bon.

3° *La neutralisation technique :* La prise immédiate de l'attitude professionnelle concentre tout l'intérêt sur la maladie ; il y a conscience de la maladie, non du malade, ce qui élimine d'emblée le comique de ce dernier. Tout ce qui est étranger à la technique disparaît. Le rire même, si contagieux pourtant, ne se transmet pas au psychiatre quand il possède qualité morbide. En voici un exemple emprunté à un beau cas personnel de démence précoce encéphalitique : sur le facies figé du malade, au regard fixe, la bouche soudain s'entr'ouvre, lentement s'élargit en un rire muet, déployant au ralenti le jeu musculaire ; les paupières se plissent, une dernière contraction ouvre la bouche au maximum et le rire explose enfin avec bruit ; rire énorme sculpté dans le muscle comme dans la pierre celui d'une gargouille ; puis le visage se déplisse en silence, se relâche avec lenteur, pour laisser de nouveau place au facies atone. Ce rire pathologique, dont le succès eût été grand chez un clown, aurait produit un réflexe imitatif chez le profane, alors qu'il fut sans effet pour notre conscience médico-esthétique (1). A ce mode actif de neutrali-

(1) Dans la thèse de R. Pinoteau, composée dans un tout autre esprit,

sation répond un mode passif. Il consiste en un phénomène d'habitude, la répétition fréquente d'un même spectacle en détruisant les effets. Un pédiatre ou un neurologue observe si souvent des choréiques qu'il ne s'en émeut plus esthétiquement ni scientifiquement à moins d'une particularité exceptionnelle. La dysarthrie du paralytique général achoppant, bredouillant, bafouillant d'une manière risible ne vaut plus que comme symptôme pour le neuro-psychiatre.

La neutralisation, morale ou technique, se révèle absolue et permanente chez les uns, relative et intermittente chez les autres. Le beau cas suivant publié avec gravité par un confrère d'outre-Rhin dut faire sourire et même rire bien des médecins français. Le 24 octobre 1942, un Allemand de 36 ans s'adonnait tout bonnement aux nocturnes ardeurs du coït conjugal, lorsque, par malheur, retentirent soudain les lugubres sirènes d'alarme, annonciatrices des bombardiers anglo-américains. La femme se précipita hors du lit sans attendre l'achèvement de l'acte sexuel, et notre homme resta, pantois, dans une position d'attente vite douloureuse. En effet, il eut un priapisme permanent qui, malgré les médications, ne cessa que le 21 décembre, soit au bout de cinquante-huit jours. Il y a là un comique de situation, qui risquait fort de l'emporter sur l'intérêt médical du cas, surtout pour des Français animés à la fois d'esprit gaulois et patriotique.

Le rire peut être suscité par un aphasique appelant un crayon « une merdelle », par l'hypermimie caricaturale, le feu d'artifice de calembours d'un maniaque, etc. Alors se produit une oscillation entre l'attitude technique, grave,

nous trouvons noté le rire pseudo-bulbaire d'un hémiplégique de 68 ans (obs. 13, p. 139), fou rire qui oblige le malade à se tordre, pleurer, baver, uriner. Ce spectacle entraîne le rire joyeux des autres malades et l'infirmière déclare : « Il me fait rire même quand je n'en ai pas envie. » Des visiteurs disent (pardonnez-leur Seigneur...) qu'ils seraient heureux d'avoir pareille maladie (88). L'ignorance médicale supprime ici toute neutralisation technique et même morale.

et l'attitude ludique de détente récréative, une alternance de conscience médicale polarisée sur la maladie, et de conscience profane centrée sur le malade et l'entourage humain. Le médecin averti sait que telles manifestations morbides paraîtront comiques aux spectateurs peu ou non techniciens, et il peut par une sympathie trop facile ou trop flatteuse admettre cette détente et s'y laisser aller. Le social l'emporte alors sur le médical.

Tout dépend donc de la situation de l'objet et de l'attitude mentale du sujet. Le boiteux ou l'ivrogne qui laissera le médecin impassible à sa consultation, le fera rire à la scène, car il ne s'agira plus d'acte professionnel ni de conscience technique. Cependant, lorsqu'il s'agit surtout de drames dans le genre *Grand-Guignol* et de films où prévaut le réalisme, la conscience médicale ressuscite et nuit à la jouissance du spectacle par sa fonction critique qui dévoile les erreurs et les trucs grossiers des auteurs et des acteurs. Le résultat est parfois de rendre comique le drame et triste la farce, surtout de supprimer l'illusion nécessaire à l'attitude spectaculaire. Déformation professionnelle dira-t-on ? Non, mais information professionnelle, légitime et utile. Sans doute vaut-il mieux pour les œuvres et leurs auteurs que le critique d'art en soit très généralement dépourvu.

La négativation du comique, aussi bien que sa production, offre un intérêt pour l'étude de celui-ci. « Du mécanique plaqué sur du vivant » expliquait Bergson dans sa fine étude sur le rire (A, 38). Le médecin continue bien de voir ce qu'il y a de mécanique (automatismes morbides) et ce qu'il y a de vivant (spontanéité apparente de l'activité normale), mais les rapports ne sont plus perçus sous le même angle. Le malade n'est plus un homme, mais une maladie. Voilà le point capital. Il y a déshumanisation du perçu, suppression des rapports inter-humains et même de la chose humaine ou humanisable, ce qui abolit la condition nécessaire, sinon suffisante, du comique. Ce n'est

pas l'impossibilité de contrefaire la maladie (A, 23), qui compte en l'occurrence, la question n'est plus là, — d'autant que du vivant collé à du mécanique serait une formule également valable.

Il s'agit d'un processus général. Inhibition volontaire, neutralisations morale et technique effacent de la même manière d'autres tendances, en particulier sexuelles. Le médecin ne voit plus la femme en la malade, et le sens féminin ne se trouve pas en défaut qui pour séduire cache la maladie. L'acte médical ne saurait jamais être un équivalent de l'acte sexuel. Si le médecin ne doit jamais avoir confiance en elle, la femme peut toujours avoir confiance en lui, j'entends le vrai médecin. Mais pour être médecin, on n'en est pas moins homme... heureusement ! De sorte qu'en dehors des exigences de la conscience technique, la conscience érotique arrive à se libérer ; c'est pourquoi les gynécologues, les plus exposés des médecins à ce point de vue — ne sont pas davantage dégoûtés de la femme. Attrait sexuel comme attrait comique subissent donc le même genre de neutralisation dans la pensée médicale : déshumanisation, désocialisation.

Le rire est un syndrome dont la valeur varie de la pure physio-pathologie à la psychologie la plus socialisée. Rire et comique ne sont ni co-extensifs ni co-compréhensifs. On rit en dehors de tout comique ; certains ne rient jamais qui n'en éprouvent pas moins le sentiment de comique ; question de psycho-physiologie individuelle. Le rire s'insère dans des systèmes de nature bien différente, biologique, moral, esthétique, dans lesquels l'oscillation entre la fiction et la réalité ne semble pas fournir la formule unificatrice et spécifique, comme le soutint Claude Saulnier dans une thèse intéressante ; cette formule vaudrait autant pour le rêve, la rêverie, la poésie et toute conscience combinée d'imaginaire et de réel, qui n'ont rien de nécessairement comique. Mais il convient de retenir la notion de jeu libre, subjectif, précisément prohibé par l'attitude technique,

discipline de l'utile, et par l'attitude esthétique. Dans ce dernier cas, le jeu, retenu comme composante active, porte sur le savoir, non sur le malade, et cette neutralisation du comique par la conscience du beau mérite d'être soulignée.

Du reste, point n'est défendu au médecin de jouer délibérément avec son savoir, en le transposant intentionnellement sous une forme plus ou moins artistique et amusante, sans être toujours de bon goût. Nous connaissons bien ces fresques de salle de garde, ces poèmes et chansons de carabins où font bon ou mauvais ménage à trois la technique, l'érotisme et l'art (1). L'existence du comique médical ou du comique macabre ne contredit nullement les précédentes propositions. Au lieu de la neutralisation technique, il y a exploitation comique de la technique médicale, mais il tombe sous le sens que la conscience

(1) A titre d'exemple donnons ce sonnet sur la blennorragie :

Dieux ! qu'il a l'air farouche et qu'il fait mal à voir :
Ecumant et meurtri comme un loup pris au piège,
En ses flancs déchirés grince un fer de rasoir.
Qui l'abreuve ? Chopart. Et qui le nourrit ? Meige.

Eux cependant blottis au fond du suspensoir,
Dont le souple réseau les berce et les protège,
Pareils à deux oiseaux frileux, fuyant la neige,
Ils reposent, et rien n'émeut leur nonchaloir.

Ne rappellent-ils pas, tant leur retraite est douce,
Acis et Galathée endormis sur la mousse
Dans la grotte qui vit leurs amours ; et, sur eux,

La main crispée au sol, le cyclope hideux
Penchant son œil unique où la rage impuissante
Lentement fait couler une larme brûlante ?

L'auteur en est Georges Camuset, figure assez originale, aux dons multiples sans doute promus par une hyperthymie constitutionnelle. Né en 1840, à 20 ans il fut admissible à la fois aux Écoles Polytechnique, Centrale, des Mines et des Beaux-Arts, ce qui l'engagea tout naturellement vers... la médecine. Il devint ophtalmologiste, et franc-maçon. Excellent musicien, poète et dessinateur à ses heures, il voyagea beaucoup et mourut en 1885. A ses derniers jours, au confrère ami qui l'invitait à boire une potion destinée à le soutenir, il répondit : « oui, comme la corde soutient le pendu ! ».

prend alors une attitude de jeu pur, dépourvue de caractère professionnel. Le plan n'est plus le même.

IV. — Les catégories ne sont pas équivalentes et ne répondent pas à la même attitude esthétique. Si, comme le veut M. R. Bayer (B), elles sont une manière différente de réussir l'œuvre et montrent l'importance de la technique, elles sont aussi une manière différente de sentir l'œuvre. Nous avons constaté une dégradation et une résistance croissantes du beau-grandiose-gracieux au spirituel-comique-ridicule en passant par le sublime-tragique-dramatique. Si nous reprenons la vieille notion d'*harmonie*, de sentiment d'unité dans la variété, formule abstraite d'un certain « vécu », nous pourrons dire avec M. Charles Lalo que seule l'harmonie « possédée » éveille la pleine conscience du beau, le cas n'étant beau qu'à condition d'offrir une construction achevée ; en voie d'achèvement ou inachevable, l'harmonie sera « cherchée » et le cas sublime, tragique, dramatique ; l'harmonie « perdue », au fond une désharmonie, ne se place plus dans la même perspective et se trouve en marge de l'esthétique du pathologique.

La notion d'harmonie suppose encore trop une synthèse d'éléments distincts afférents à l'objet pour convenir pleinement à notre propos. Il s'agit plutôt d'un sentiment d'énergie homogène totalement épanouie dans le beau cas, jaillissante sans limites dans le sublime, évanescente dans le comique. Les possibilités transitionnelles des catégories apparaissent ainsi avec évidence.

Un autre acheminement porte sur la transposition esthétique de la chose humaine à la chose non humaine ou déshumanisée. Transposition facile, immédiate et totale dans les formes intellectualisables, dégageables à la fois de l'émotionnalité proprement dite et du concept adhérant à l'homme, et c'est la beauté ou le sublime du cas ; transposition difficile, équivoque, instable quand la prégnance humaine s'avère trop forte et fait hésiter à trouver le cas

dramatique ou comique. Dans la première conjoncture, il y a conscience identifiante et stable, dans la seconde, conscience métaphorisante et instable. Avec l'approfondissement progressif de l'esthétique du pathologique, il ne serait pas impossible de prévoir la réduction de la conscience métaphorisante au profit de la conscience identifiante, c'est-à-dire l'expansion de l'esthétique dans le domaine médical.

§ 4. La conscience esthétique

I. — On peut parler de conscience esthétique dans deux sens distincts qu'il y aurait avantage à ne pas confondre, l'un normatif, l'autre expérienciel.

De même que l'on décrit une conscience morale, voire une conscience logique, on peut légitimement définir, avec M. Charles Lalo, une conscience esthétique, sensible au beau et au laid, jugeant selon des règles qu'elle tend à imposer pour instituer les modes et consacrer les chefs-d'œuvre. Elle résulte d'une élaboration sociale et conduit à des sanctions sociales. Certes, le beau et le laid sont plus encore relatifs que le bien et le mal et la conscience normative esthétique en éprouve-t-elle une fragilité et une labilité plus grandes que la conscience morale, mais elle n'en existe et surtout n'en existera pas moins. Elle ne nous retiendra pourtant pas, car elle n'offre guère de consistance par rapport à l'objet médical dont l'esthétique est peu socialisée, nous l'avons vu, et moins encore normative.

Au sens expérienciel ou psychologique, c'est la prise de conscience du beau, la conscience-valeur esthétique que chacun de nous vit intimement dans les plus diverses circonstances et sous des modalités plus variées que l'on a coutume de dire. La tradition ne la fit guère étudier que par rapport à des chefs-d'œuvre consacrés ou des situations d'exception, alors qu'elle existe d'une manière quasiment

quotidienne, ne serait-ce que dans l'expérience de la laideur. Les objets ont un rôle provocateur à l'égard de la conscience qui n'attend que le stimulant pour libérer sa réaction esthétique, comme en d'autres circonstances sa réaction morale ou logique. Tout dépend de la capacité esthétique réactionnelle de l'individu, variable avec sa situation socio-psycho-organique.

Un objet qui paraîtrait aux antipodes de l'esthétique ce serait bien la maladie. Or, déjà le sentiment de laideur qu'elle inspire habituellement possède une valeur et exige une conscience esthétiques. Dès que l'on sent ou que l'on conçoit la maladie-laideur, on prend une conscience psychologiquement esthétique. Mais la maladie, nous l'avons vu, est proprement œuvre de beauté dans la perspective médicale privilégiée. Elle est construction technique résultant d'un savoir appliqué *in concreto* et devient spectaculaire. La construction technique, objet de science et d'utilité, s'isole des contingences extrinsèques parmi lesquelles figure le malade, et se pose comme un spectacle valable en soi, autrement dit comme objet d'art. Le violon devient musique. La nécessité de l'action s'efface devant le luxe de la contemplation ; la splendeur du jeu éclipse l'utilité du travail. De technique pure, la conscience devient contemplative et ludique.

Ce jeu, ce luxe sont maintenus par une création continuée dans le temps même de la contemplation. La conscience esthétique est à la fois créatrice et contemplatrice. Créatrice par le construit technique qu'elle objective par un effort entretenu, elle est contemplatrice de ce qu'elle crée par une détente fractionnée, deux aspects organiquement liés au sein du même acte de pensée. La prise de conscience esthétique de la maladie n'a rien d'un effondrement cataclysmique, d'une extase syncopale, et réclame encore une conduite d'assez haute tension psychologique comme dirait Pierre Janet, car la détente demeure relative à l'état antérieur au lieu d'être un relâchement total. Il

y a maintien du tonus intellectuel et de l'acuité consciente, ce qui, loin d'avilir la jouissance esthétique, l'affine. Trait intéressant, défavorable à la tendance moderne qui veut voir partout émotions tumultueuses et aveugle inconscient.

Même érigé sur l'affectivité la plus abyssale, le sentiment esthétique est une pointe aiguë de la conscience. Pour notre objet, c'est une remarquable conquête de la conscience intellectualisée, sans que nous recherchions cette « mystique de la platitude » que J. Segond reprochait avec virulence aux rationalistes du genre Julien Benda. Si elle lui était réservée — ce qui n'est pas le cas — elle n'en posséderait pas moins de valeur, car l'étude des variations et des variétés de la conscience esthétique s'impose pour bien connaître celle-ci. M. Charles Lalo ne reconnut-il pas le grand intérêt de l'individuel lorsqu'il entreprit, dès 1933, une sorte de caractérologie esthétique dans ses travaux sur les « complexes psycho-esthétiques » ou « socio-esthétiques..., synthèse intime d'états de conscience à la fois affectifs, actifs, intelligents, conscients, subconscients, qui se fondent sur des tendances innées ou acquises et qui aboutissent à des créations ou à des contemplations esthétiques » (H, 62). Cela conduit à se demander à quoi sert la conscience esthétique.

II. — Quelle en est la *fonction* psychologique ? D'abord la question doit-elle se poser ? Constater et décrire la conscience esthétique, lui reconnaître une autonomie, une qualité propre, ne démontre ni même n'exige qu'elle se suffise à elle-même et plane dans la stratosphère. Elle se rattache incontestablement aux autres aspects de la personnalité qu'elle exprime sous un mode original. « Le sentiment esthétique, écrivit Alain, pourrait bien être une fiction. Ce sont nos sentiments, amour, ambition, avarice conquérante, qui deviennent esthétiques par un genre de purification qui ne vient ni d'action ni de raisonnement, mais plutôt de contemplation » (B, 43). Cette vieille idée de purification, dégagée de toute incidence morale, revient

à dire que le sentiment primitif s'épure au point de ne plus se reconnaître lui-même, au point de devenir un autre sentiment, qui se pose à son tour en toute plénitude sans être davantage une fiction. L'affaire ne consiste pas à réduire la conscience esthétique à ce qui n'est pas elle, mais à préciser le rôle anesthétique qu'elle peut avoir dans l'activité d'ensemble de la personnalité.

Analysant les rapports principaux de l'œuvre avec la vie de l'artiste ou de l'amateur, M. Charles Lalo décrivit d'abord (G, 29) cinq principales fonctions : 1° la « diversion », répondant au jeu, au divertissement, comme la poésie de Lamartine ; 2° la « purgation des passions », ou katarsis aristotélicienne, par laquelle l'œuvre est l'exutoire du sentiment, tel Werther sauvant Gœthe du suicide ; 3° « l'activité technique se suffisant à elle-même et existant pour elle-même, comme « l'art pour l'art » de Théophile Gautier, des Goncourt ; 4° le « perfectionnement », qui satisfait au besoin d'idéalisation, comme chez George Sand ; 5° le « redoublement », qui s'attache à la vie pour la reproduire telle qu'elle est, par exemple le réalisme d'Émile Zola. L'auteur reprit ensuite ses fonctions dans le sens de complexes psycho-esthétiques (H et J), dont il distingua cinq sortes principales : 1° complexe « de la fuite » où l'art représente un jeu, une évasion du réel ou un surcroît ; 2° de « l'économie », médication mentale par l'action, la passion, la perfection s'exerçant aux moindres frais ; 3° de « la technique », l'art pour le métier qui vaut un autre genre de vie ; 4° de « l'homéopathie mentale », immunisant, œuvrant pour oublier ; 5° de « l'égotisme », renforçant les désirs, cultivant le moi dans l'œuvre conforme à la vie, selon les vœux traditionnels. Les deux derniers complexes conditionnent un « art près de la vie », les trois premiers un « art loin de la vie ». Ils ne sont pas limitatifs et se mêlent le plus souvent chez le même auteur et dans la même œuvre. L'auteur insiste donc excellemment sur l'importance de la caractérologie et de la biotypologie en

esthétique, mais se rappelant qu'il reste esthéticien, il conclut néanmoins dans un sens normatif que l'art *doit* être *loin* de la vie, en d'autres termes qu'il doit être jeu, purgation, technique.

Nous n'entreprendrons pas de discuter si, comme le fit Pierre Guastella, les cinq types précédents se réduisent aux deux grandes fonctions de jouer (diversion, purgation) et de créer (technique, perfectionnement), le redoublement participant des deux. Il y a trop d'arbitraire à ces réductions synthétiques pour que nous quittions le terrain déjà mouvant de la psychologie concrète.

La prise de conscience du beau cas médical ne correspond essentiellement qu'aux deux fonctions de *jeu* et de *technique*. Par rapport à l'activité professionnelle habituelle, il y a une activité de jeu, une recherche de diversion, de délassement, de plaisir affiné et gratuit, une fuite non pas tellement *du* réel que d'*un* réel, le réel pragmatique ou le réel scientifique. On s'évade d'une routine, des exigences coutumières, des aspects quotidiens, des disciplines nécessaires, pour glisser vers un réel plus affranchi et plus imaginaire, celui du voyage auquel nous invite Baudelaire :

Là tout n'est qu'ordre et beauté,
Luxe, calme et volupté.

C'est le jeu de la technique, accessible aux seuls initiés, aux médecins pourvus non seulement de savoir mais surtout de la conscience médicale. Luxe de la technique. Jeu et technique fusionnent ici remarquablement. Cette dernière n'en doit pas moins être considérée en elle-même.

Par rapport à ses possibilités théoriques, la maladie réalise une performance, une réussite technique admirable, de laquelle jouit esthétiquement le médecin qui, complice de la nature, contemple *leur* œuvre en créateur autant qu'en spectateur. Il sait apprécier dans un jugement de goût ce que la nature élabore comme si elle était patholo-

giste et il estime aussi la part technique introduite par lui-même en cette création. En quoi il prend l'attitude caractérisée de l'art pour l'art, au fond la plus proprement artistique. Cette heureuse rencontre n'est pas pur hasard. Elle révèle une condition essentielle non seulement de l'art, mais de la conscience esthétique. Le cas particulier de la pathologie le montre avec évidence. Nous en exposerons plus loin les conséquences (p. 80).

III. — Ce jeu technique représente la fonction psychologiquement immédiate et apparente de la conscience médico-esthétique. Convient-il d'en rester là et d'évincer la fonction de catharsis, ou mieux la sublimation plus ou moins haute des tendances instinctivo-affectives refoulées ? Non, il faut au contraire rechercher qu'elle en pourrait être la valeur. La *psychanalyse* a toujours un mot à dire, sinon le dernier.

Le problème de l'art fut plusieurs fois abordé par Freud (1) et résolu dans le sens général d'une réduction sensualiste à des pulsions libidinales réprimées. Cependant, il n'en fit pas une théorie conséquente, et bien des citations isolées permettraient, comme le soutint avec talent Roland Dalbiez (2), de lui attribuer une conception moins absolue laissant à l'art son originalité et sa spécificité irréductible aux instincts et réfractaire à la psychanalyse. Mais on ne voit guère pourquoi l'art n'entrerait pas dans le système freudien au même titre que la morale et la religion, ce qui d'ailleurs n'en démontrerait pas davantage la légitimité. L'interprétation psychanalytique des œuvres, aidée de la seule biographie rétrospective — comme l'essayèrent Karl Abraham sur le peintre Segantini, Sadger sur le poète Lenau, Baudoin sur Victor Hugo, Laforgue sur Baudelaire, Marie Bonaparte sur Edgar Poë, etc., — n'expliquent

(1) Notamment dans : le mot d'esprit, Gravida, Léonard de Vinci, les trois coffrets, introduction à la psychanalyse.

(2) I, 598, II, 454.

hypothétiquement que l'infra-structure d'une conscience et d'une création esthétiques, chose déjà très appréciable (1).

Dans d'intéressants travaux Charles Baudoin s'efforça de montrer d'une part, que l'artiste exprime symboliquement dans son œuvre ses complexes (œdipe, castration, narcissisme, etc.), qu'il jouit de cette réalisation déguisée et souvent résout par là ses conflits insconcients ; d'autre part, que le contemplateur projette aussi dans l'œuvre ses tendances symboliquement masquées, mais sous une forme plus onirique, dispensatrice d'une jouissance sans être salvatrice d'un conflit. L'œuvre servirait de moyen de communication entre l'inconscient de l'artiste et celui du contemplateur par ce que l'auteur appelle les « complexes primitifs », autrement dit les complexes profonds, uniformes, héréditaires, analogues à « l'inconscient collectif » de Jung. La beauté appartiendrait à tout objet de n'importe laquelle de nos tendances, pourvu que cette dernière se détachât de l'objet et renonçât à se satisfaire, ou du moins retardât sa satisfaction. « La capacité esthétique d'un instinct donné serait donc en proportion de la force propre de cet instinct, mais aussi en proportion des inhibitions diverses qui lui interdisent une satisfaction directe. On déduirait immédiatement de là le rôle privilégié — mais non certes exclusif — de l'instinct sexuel dans la genèse, du sentiment esthétique, et il n'est pas nécessaire d'être freudien pour l'admettre » (251). On souscrirait d'autant plus volontiers à ces considérations que l'auteur, après

(1) Pour René Laforgue par exemple, la vie et l'œuvre de Baudelaire s'expliquent par sa névrose sado-masochiste utilisant des mécanismes d'échec, de sorte que des événements aussi divers que de s'endetter, de contracter la syphilis, de s'alcooliser, de se faire gifler par un beau-père général et de composer « une charogne » ou « les métamorphoses du vampire » résulteraient du même processus névrosique.

Dans une étude au style pittoresque, Jean Fretet s'attache à montrer la schizoïdie et la dépression intermittente de Mallarmé, la démence progressive de Rimbaud, le sado-masochisme de Proust, en rapport avec le complexe d'Œdipe et le marcissisme qui seraient communs à « l'aliénation poétique » et à l'aliénation du vulgaire.

avoir fait une assez belle part à l'esthétique psychologique, subjective, réserve les droits de l'esthétique normative, objective, décision fort sage qui évite d'affamer injustement les esthéticiens.

Ce point de vue conduirait à réduire notre conscience médico-esthétique à la satisfaction symbolique de nos tendances dont la nature, du fait que nous avons choisi d'être médecins, serait fort suspecte déjà d'être sado-masochiste. La sublimation en serait seulement beaucoup plus poussée puisque du malade nous transposerions le symbolisme à la maladie pour en jouir esthétiquement. Il s'agirait donc, dirions-nous, d'une sublimation au second degré, le premier degré étant la jouissance médicale du malade. Pourquoi certains d'entre nous auraient-ils besoin de cette sublimation renforcée ? On pourrait répondre soit que la symbolisation première serait trop transparente pour ne pas émouvoir et fortifier le sur-moi moralisateur, soit que la libido serait assez vive pour exiger une deuxième ligne de résistance.

Mais une remarque s'impose : il arrive que ces éminentes tendances sado-masochistes soient consciemment satisfaite ou presque consciemment dans un symbolisme minimum, par rapport au malade, et que néanmoins persiste l'intuition esthétique de la maladie. Satisfaction, défoulement conscient des tendances, symbolisation suffisante à l'égard du malade, rendent alors vaine toute hypothèse de sublimation du second degré s'appliquant à la maladie. Elle n'aurait plus aucune raison d'être. On pourrait en dire autant pour des tendances primitives d'autre nature. Dans ces conditions, la conscience médico-esthétique subsiste, imperturbable, et demeure qualitativement identique à celle où la sublimation pourrait être invoquée. Pareil fait invite à la prudence et à ne pas négliger la valeur intrinsèque du témoignage conscient.

En réalité, l'objet de la libido sublimée n'est pas la maladie, mais le malade, autre domaine. La conscience

esthétique de la maladie est trop pleine d'elle-même et trop intellectualisée pour qu'il soit valable de chercher en dehors d'elle sa fonction principale. Que la sexualité, ou si l'on préfère la libido, soit une base importante, une source énergétique capitale, nous en sommes persuadés, mais toute énergie qui se transforme se dénature et le premier terme du processus ne s'identifie pas au dernier. Si le grenier dépend de la cave, il n'en diffère pas moins par sa situation, son rôle, son aménagement et ne saurait y être réduit.

Parlera-t-on maintenant, avec Nietzsche (1) ou Alfred Adler d'une volonté de puissance, d'un complexe de supériorité qui s'épanouirait dans la réussite technique figurée par un beau cas médical ? Ce ne sont point encore là choses de même niveau. Le sentiment de supériorité, dont nous n'avons pas manqué de signaler nous-même l'existence et l'intérêt (p. 41) ne représente qu'un conditionnement pré-esthétique ou une conséquence post-esthétique. En outre, l'épanouissement joyeux du moi, la dilatation de la personnalité sont des épisodes globaux que l'on trahit en croyant les traduire par un trait d'orgueil, de puissance, etc. Ce sont des états d'élation, de surconscience, ou si l'on veut, de conscience suraiguë que ceux de jouissance esthétique, religieuse, érotique, dont la volupté peut atteindre la douleur comme le plaisir.

L'analyse adlérienne ni la sublimation freudienne ne s'appliquent au cas médico-esthétique, du moins en tant que procédé d'explication exhaustif. Si le médecin comme homme en relève, la conscience médico-esthétique y échappe, car elle n'appartient plus au plan affectif ordinaire. La conscience esthétique, ou plutôt esthésiante, a pour rôle essentiel une fonction *ludique*, *élative* et *technique*, fonction

(1) « Où y-a-t-il de la beauté ? Là où il faut que je veuille de toute ma volonté ; où je veux aimer et disparaître, pour qu'une image ne reste pas une simple image » (B, 125). Ce lyrisme quasiment délirant, qui séduisit nombre d'esprits prétendus raisonnables, ne pourrait guère nous aider.

« d'en haut » pour laquelle point n'est besoin d'invoquer un instinct spécial. Elle détend et réconforte, euphorise, adoucit et stimule dans le même acte contemplatif concernant un objet dont l'existence réelle et imaginaire tient à sa valeur technique spéciale.

§ 5. Faits et doctrines

Il est dangereux pour les faits de les confronter aux doctrines. Et plus encore lorsque les théories ne sont pas exposées et critiquées aussi longuement qu'elles le mériteraient ! A défaut de pouvoir écrire en ce paragraphe l'histoire de l'esthétique, il nous semblerait par contre peu philosophique de ne pas considérer de haut quelques-unes des conséquences générales impliquées par les faits en un sens nouveau que nous avons tâché d'analyser. Toute doctrine esthétique pose un principe explicatif qui doit s'appliquer à tous les faits esthétiques, sous peine de désarticuler et de rompre le système. A quelles doctrines répugne notre catégorie de faits, vers quelle autre s'oriente-t-elle ? Essayons de répondre brièvement à l'essentiel de cette double question.

Pour que soit légitime cette tentative, il faut d'abord que soient remplies trois conditions : 1° que le beau cas médical s'intègre authentiquement dans le domaine esthétique ; 2° que l'attitude médico-esthétique s'identifie à la conscience esthétique en général ; 3° que soit adopté comme prévalent le point de vue psychologique. Les deux premières conditions ont été suffisamment démontrées au cours de cette étude, pour qu'il paraisse inutile d'y revenir. Quant à la troisième, elle témoigne évidemment de la précellence d'une perspective parmi d'autres possibles et se pose comme un postulat que l'on aurait le droit de rejeter. Les spéculations métaphysiques, logiques, normatives pures sont certes légitimes en la matière, mais la perspective psychologique ne l'est pas moins, et nous

entendons y rester fidèle, car elle axe notre étude, convient le mieux aux faits observés et se trouve la plus sûre.

Ceci dit, quatre points seulement seront envisagés sous l'aspect doctrinal concernant les rapports de la beauté du pathologique avec la nature, avec la structure de l'objet et les réactions du sujet, avec le jeu technique, et avec le social.

I. — *La beauté de la nature*

A première vue, le beau cas médical pourrait sembler un bon exemple, au moins un autre exemple, de la beauté de la nature — laquelle réunit traditionnellement tant de suffrages parmi les philosophes d'engeance idéaliste, réaliste, empiriste, mystique, scientiste, et remporte sans combat l'assentiment populaire. Le beau cas exprime un ensemble de phénomènes naturels au même titre qu'un coucher de soleil ensanglantant l'horizon ou qu'un frais sous-bois aux verts délicats. Avec le grain de lyrisme attendu, on s'émerveillerait de ce nouveau spectacle de la nature manifestant au sein même du désordre et du mal la splendeur de l'harmonie universelle. On y verrait encore une preuve de l'origine naturelle de la beauté artistique, l'art étant conçu comme une imitation plus ou moins directe, une recréation de la nature.

Pareille thèse fut vigoureusement battue en brèche par M. Charles Lalo (E) qui distingua sans pitié deux fausses beautés : la « beauté anesthétique », exprimant non pas un sentiment esthétique, mais un sentiment de la nature, reconnaissable et éliminable sans grande difficulté ; la « beauté pseudo-esthétique », sentiment classique de la beauté de la nature, qui porte à faux, car un laid visage devient un beau portrait, un paysage émouvant ne donne pas forcément un beau tableau. Il y a projection de la beauté artistique dans la nature, devenue belle en somme par emprunt, par procuration. Les phénomènes naturels

sont admirés comme l'œuvre d'une nature artiste. La vraie beauté n'est qu'œuvre d'art, n'est qu'œuvre humaine.

Que va faire le beau cas médical en cette galère ? Il est de la nature sans doute, mais plus encore de l'homme. Il est œuvre de savoir, de technique et d'imagination. Tout ce que nous connaissons de lui l'éloigne de la beauté naïve ou fausse de la nature, et l'engage vers la beauté œuvre technique. Cela confirmerait donc la conception de M. Charles Lalo. Cependant, même en admettant d'une manière générale la part considérable de l'éducation artistique, directe ou indirecte, diffuse ou précise, dans toute attitude esthétique spontanée, celle-ci peut, semble-t-il, se produire en dehors de l'art sans se disqualifier entièrement et revêtir alors la forme d'une beauté non pas *pseudo*-esthétique, mais *para*-esthétique et vraiment pseudo-artistique. Les conditions esthétiques sont différentes, mais la valeur de l'attitude psychologique demeure la même, ce qui autoriserait à combler un peu le fossé qu'il était rationnel d'approfondir au point de vue doctrinal. Question grave, car elle touche au fond à la conception propre du fait esthétique, intéressant le rapport sujet-objet que nous allons examiner.

II. — *Du contemplateur au contemplé*

L'intuition médico-esthétique marquerait-elle un subjectivisme absolu ? Du sujet nous sommes partis, au sujet nous sommes revenus, après avoir passé par une étape intuitive autorisant en apparence toutes les gloses affectives et anti-rationnelles.

Le beau cas médical évoque irrésistiblement le *vitalisme* de Guyau, de Séailles. La beauté naturelle ou artistique exprime l'essence de la vie et stimule euphoriquement l'expansion vitale. Cette condition générale suffit à embellir et à rendre objets esthétiques les besoins nutritifs, locomoteurs, respiratoires, sexuels, les choses utiles, les

machines mêmes. En ce sens, dirions-nous, la maladie manifesterait la puissance vitale de l'organisme en lutte pour défendre ou accroître son existence, et le processus morbide serait toujours beau puisqu'il exprimerait toujours des réactions vitales. De par ses études, le médecin serait capable de les apprécier, de vibrer à l'unisson et d'animer jusqu'à ses schémas pathologiques du désir de vie qui l'imprègne. La maladie serait le poème douloureux de la vie, et le médecin esthète, le poète. Guyau ne nous eût pas désapprouvé.

Ce n'est pas cela que nous avons constaté. Au contraire, deux points ont été établis qui suffiraient à réfuter le vitalisme : 1° Seuls certains cas sont qualifiables de beaux, et non pas n'importe quelle réaction morbide de l'organisme qui possède pourtant la même valeur vitale ; celle-ci ne suffit donc pas à provoquer l'émotion esthétique ; 2° Si les beaux cas expriment bien dans un certain sens une puissance, ce n'est pas obligatoirement sa qualification vitale qui compte, mais sa qualification technique ; la première reste biologique, la seconde devient esthétique ; l'organisation autonome prêtée au processus morbide parfois triomphe et atteint sa pleine beauté précisément à l'instant ou défaille, vacille et s'éteint la vie. Le médecin thérapeute sympathise avec le malade et lutte pour maintenir son existence ; le médecin esthète sympathise avec la maladie et contemple son dynamisme. Le sentiment de la vie n'est donc ni nécessaire ni suffisant à l'égard du fait médico-esthétique, et la conscience technique n'a que faire du vitalisme.

L'intuition médico-esthétique recevrait-elle mieux le *sentimentalisme ?* Le romantisme allemand introduisit la notion d' « Einfühlung » que développèrent surtout Lipp et Volkelt et que reprit Victor Basch. Nous avons eu déjà l'occasion d'en parler (p. 67) et ce fut pour le rejeter. Certes, le beau cas médical a paru remarquablement subjectif, ce qui ne veut pas dire affectif. La subjectivation

de l'objet répond beaucoup moins à une projection en lui d'un sentiment réputé plus ou moins ineffable, qu'à une construction technico-intellectuelle et comme telle esthétiquement valorisable. Le médecin ne se confond pas mystiquement avec la maladie, il ne l'anime pas de ses émotions confuses, il n'en fait pas un acte vécu dans le mystère renouvelé de quelque immaculée conception, mais il vibre à une œuvre qu'il a construite avec lucidité sous une forme intellectualisée. De 1897 (1re édition) à 1927 (2e édition), Victor Basch évolua un peu puisqu'il finit par reconnaître « que plus l'objet sur lequel porte ce connaître est complexe, riche et élevé, la part de l'intelligence proprement dite, bien que toujours profondément influencée par l'onde sentimentale, devient de plus en plus considérable » (A, 1). Le beau cas répond justement à ce maximum d'intellectualisation dans lequel aucune sympathie, fut-elle symbolique, n'a de rôle fécond (1).

Réfractaire au vitalisme et au sentimentalisme, *a fortiori* le beau cas médical le sera-t-il au *mysticisme* proprement dit. De Plotin à Ruskin et à Bergson la voie s'ouvre largement sur laquelle pourtant nous ne nous engagerons point. Parmi les hommes, il en est de privilégiés, écrivit Bergson, les artistes qui, détachés des besoins de l'action « ne perçoivent plus simplement en vue d'agir ; ils perçoivent pour percevoir, — pour rien, pour le plaisir » (C, 173). Par là, ils atteignent l'absolu. « L'art n'est sûrement qu'une vision plus directe de la réalité » (A, 157). Cette conversion de la conscience vers ce qui ne sert à rien, cet « art désintéressé » qui « est un luxe, comme la pure spéculation » (B, 49), supposent la même intuition métaphysique fondamentale de la vivante durée. Si

(1) M. A. Lalande, s'appuyant sur Platon, Plotin, Jouffroy, Séailles, y voit toujours une sympathie intuitive, une marche à l'identique expliquant « que la vie morale et la science, dès qu'elles atteignent sur quelques points une perfection relative, deviennent une sorte d'œuvre d'art, et donnent à l'esprit une puissante impression de beauté » (B, 233).

Bergson n'écrivit pas une Esthétique, c'est que déjà sa philosophie intuitive en était une. M. Raymond Bayer le souligna fort bien : « La conclusion bergsonienne, qui ramène l'art et la métaphysique à leur purisme contemplatif et sous une seule nature, est, dans la doctrine du maître sans équivoque » (C, 313). L'esthétique disparaît dans la métaphysique de la perception pure.

Nous n'avons pas à critiquer ici la philosophie bergsonienne, mais nous devons remarquer combien s'en éloigne la perspective médico-esthétique, entêtée de simple psychologie. Le médecin contemplateur ne vit pas son intuition comme atteignant la perception pure, l'absolu, au travers de la vision esthétique. Hélas ! il sait trop bien la fragilité et la relativité de ses constructions, même lorsqu'il les admire, pour s'y laisser vraiment prendre, et toute l'analyse que nous avons faite suffirait à le détromper. Toutefois, il peut jouer à se donner l'émouvante illusion d'une vision intuitive plus profonde de la réalité. Ce n'est ni duperie ni bouffonnerie, mais règle du jeu, comme lorsqu'on vit avec les personnages d'un roman tout en les sachant fictifs et tout en appréciant l'action créatrice du romancier. L'homme a besoin de s'illusionner pour jouir de lui-même, des autres, de toute chose, mais s'il prend une conscience aiguë et intelligente, il lui faut savoir en même temps qu'il s'illusionne. Une manière de « surrationaliser » et de pratiquer la « philosophie du non » décrite par M. G. Bachelard.

Le subjectivisme du fait médico-esthétique doit donc être entendu, non pas dans un sens trascendantal, mais dans un sens psychologique totalitaire, impliquant une attitude globale de la personnalité, avec son savoir technique et son armature intellectuelle aussi bien et même plus qu'avec ses tendances affectives et sa capacité émotionnelle. Dans le rapport sujet-objet de ce cas particulier, la relation se réduit au minimum du fait, si l'on peut dire, de l'hypertrophie du sujet et de l'atrophie de l'objet,

l'imaginaire débordant le perçu, le savoir imaginant le perçu. Cela reviendrait presque à considérer l'objet comme une création subjective, dépourvue toutefois de cette qualité mystique du sentiment que J. Segond, par exemple, n'améliorait guère en recourant à la correspondance religieuse et à la stylisation formelle. Mais pour être la plus importante, la part du sujet ne doit pas faire oublier que l'objet intervient comme motivation et cause déclenchante, de même que le gros ovule se développe en œuf sous l'excitation du petit spermatozoïde agresseur.

Les cas élus beaux possèdent une *structure* que n'ont pas les autres, structure appartenant pour une part au support du monde extérieur. Il y a une contrainte et un guide perceptifs. Dans ce sens limité, la structure de l'objet ne serait donc pas indifférente et nous retrouverions jusqu'à un certain point la signification objective et formelle de la chose et la « fonction skeuopoétique de l'art » selon M. Étienne Souriau (B, 157). Il y aurait un « équilibre de structure » comme dit M. R. Bayer, une adéquation de la vie de la technique à la vie des formes comme parlerait M. Focillon. Il y a une situation esthétique dans laquelle s'organisent en un tout la personnalité du contemplateur et la structure perceptive de l'objet.

Liée à la conception objectale, une autre question se pose quant à la valeur de *vérité* de l'objet. Dans une œuvre d'art, M. Étienne Souriau distingue deux sortes de vérité. L'une, la vérité « extrinsèque » ou de second degré, est celle du rapport sujet-objet, c'est-à-dire de l'expression représentative banale, par exemple la ressemblance d'un buste à son modèle. L'autre, la vérité « intrinsèque », de premier degré, est indépendante de tout modèle platonicien et de toute finalité, elle appréhende l'être de l'être, son essence singulière, par exemple lorsqu'on éprouve la certitude de la ressemblance du portrait d'un inconnu. « Seule est vraie d'une vérité intrinsèque la chose faite selon l'art ; selon la dialectique éprouvée de l'action ins-

taurative » (C, 194). Sur cette distinction de deux degrés, l'auteur tente une classification des arts suivant le schéma d'une roue.

La jouissance médico-esthétique dépend du savoir, et le savoir informe le perçu, dont la vérité extrinsèque subsiste sans doute mais ne s'en trouve ni confirmée ni accrue. La vérité intrinsèque se réduit à un sentiment de plénitude, de réussite, qui n'appartient pas à la sphère logique de la connaissance, au moins pour nous qui désirons rester sur le plan de la psychologie. La vérité médicale réside dans l'ordre technico-scientifique, non dans l'ordre esthétique. Ce sont deux consciences différentes. Mais le médecin utilise et exploite la vérité médicale au profit de la jouissance esthétique. Ce n'est pas celle-ci qui procure celle-là. Le subjectivisme l'emportera donc sur l'objectivisme, sans aller jusqu'au solipsisme esthétique.

Pas plus qu'elle ne porte sur le vrai, l'intuition médico-esthétique n'intéresse le *bien*. Professionnellement de charité, l'attitude médicale cesse de s'exercer à l'égard du malade pour s'appliquer à la maladie lorsqu'elle devient esthétique. Cette transposition d'objet accompagnant la transmutation de conscience s'affirme avec clarté et corrobore l'actuelle dualité de la conscience morale et de la conscience esthétique. Le « Kalokagatos » des anciens Grecs n'est plus recevable psychologiquement. La conscience esthétique a acquis sa spécificité et réclame une autonomie de situation, contrairement à ce que prétendaient, sous des formes variées, Platon, Aristote, Plotin, Guyau, Séailles, Ruskin, Tolstoï... Ce dernier auteur par exemple, arrivait à soutenir qu'il n'y a « pas d'autre art que l'art religieux », comme si le désir d'imposer sa croyance suffisait à tout. C'est la richesse et le destin de l'homme de pouvoir vivre des expériences de qualité différente ; vouloir le réduire à une seule serait l'émasculer, le dégénérer. Pour sa part, l'expérience médico-esthétique confirme la séparation de l'esthétique et de la morale et de la religion.

Sans rouvrir « la guerre des Ascètes et des Esthètes », selon la jolie formule de M. Charles Lalo (I), nous retiendrons qu'un « art n'*est* jamais religieux ; mais il le devient » (F, 332) — et nous ne chercherons pas à glorifier l'esthétisme contre le moralisme. Cependant objectera-t-on, vous ôtez à la maladie tout caractère moral, vous en repoussez toute recherche du bien et du divin, pour la constituer en œuvre d'art et en admirer la paradoxale beauté. Ne serait-ce pas d'une part amoraliser ou immoraliser la médecine, et, d'autre part, l'esthétiser, donc tendre à la primauté de l'esthétisme ? Seriez-vous pancaliste sans le savoir ou sans le vouloir ?

Prenons la thèse américaine de James Mark Baldwin, parfaite illustration de l'esthétisme systématique : To χαλον παν. Une seule finalité, une seule immédiateté fournit la compréhension intégrale de l'univers lorsqu'on le considère *sub specie pulchri ;* c'est le contemplationisme esthétique. Le vrai et le bien n'existent que par le beau ; rien n'existe qui ne soit beau, car la beauté représente l'unique raison d'être de toute chose.

Notre modeste chemin ne s'ouvre point sur une aussi vaste perspective et nous mettons notre vertu à résister aux séductions de la métaphysique et de la poésie. Deux remarques suffirent pour répondre honnêtement à la question. D'abord, si le cas médical montre qu'il existe dans le monde plus de beauté et plus de virtualités esthétiques qu'on ne pense, cela ne signifie nullement qu'il faille considérer l'univers à cet unique point de vue, prétendu privilégié et de valeur ontologique. Ensuite, l'acte médical n'a jamais été réduit à l'acte esthétique. Au contraire, on a vu combien se distinguaient et prenaient chacune sa valeur propre l'attitude cognitive du savant, l'attitude pragmatique du thérapeute et l'attitude contemplative de l'esthète devant le même tableau morbide. Ces trois attitudes sont trois sœurs qui ne sont pas ennemies. Toute la dynamique psychique de l'homme réside en ces phéno-

mènes de conversion de la conscience. Ce n'est donc pas à l'esthétisme dictatorial que nous sommes conduits, mais à l'esthétisme fédéraliste, au ludisme précheur de paix entre les ascètes et les esthètes.

III. — *Le ludisme esthétique*

Le beau cas médical met en lumière le caractère principal de l'attitude esthétique : le jeu, au sens d'activité de luxe et de détente. Bien qu'elle ne soit pas nouvelle, cette notion n'est pas encore admise sans conteste, et ne saurait y prétendre si elle se présentait comme une formule impérative et simpliste. Il y a certes une différence entre l'attitude du médecin contemplant la maladie et celle du médecin jouant au bridge ou au ski. La puissance du mot ne doit pas pousser l'identification des choses. Pour posséder également des pépins la pomme et le raisin n'en offrent pas moins un aspect et un goût différents. Henri Delacroix reconnaissait que le jeu échappe à la contrainte du réel, qu'il mêle l'action et le rêve, qu'il peut avoir sa technique et être grave, désintéressé tout comme l'art ; mais il se refusait à les assimiler en considérant que l'art met en œuvre toutes les formes d'activité, qu'il dépend de sa matière, exige une activité complexe, et un choix d'images et de sentiments expressifs. Tout cela est vrai. Pourtant, l'art et le jeu ne présentent-ils pas la même orientation de conscience et ne se distinguent-ils pas surtout par la différence des techniques, supérieures et complexes dans l'art, inférieures et simples dans le jeu ? En ce sens, l'art serait un jeu d'en haut, et le jeu un art d'en bas.

Si l'on évite de confondre l'attitude de jeu avec les jeux et l'attitude esthétique avec les procédés artistiques, la conscience ludique apparaît comme une *sub* ou une *pré*-conscience esthétique. L'art est la manière adulte et

grave de jouer (1). Tout le monde n'a pas la même capacité ludique. Un trait de psychologie courante le confirme. Certains esprits sérieux, empesés, rigides ou lourdement englués dans la gangue des besoins et soucis matériels, perdent avec l'enfance la possibilité de jouer et n'arrivent plus à retrouver la conscience ludique même lorsque les rites collectifs ou les obligations mondaines leur imposent les gestes automatisés d'un jeu. Or, ces esprits trop stables, dépourvus de labilité, d'élan, de fantaisie sont également réfractaires à l'humour, à l'ironie, aux émotions esthétiques.

L'expérience médicale incite à soutenir ce que l'on pourrait appeler le ludisme esthétique, ou encore, mais ici dans le sens étroit et asystématique de jeu technique, esthétisme. Nous rejoignons la doctrine de « l'art pour l'art » des Gautier, Goncourt, Leconte de Lisle, Flaubert, et mettons l'accent sur la forme technique et l'attitude spectaculaire avec Renan, Anatole France, Jules de Gaultier. Cette doctrine, en plaçant au premier rang l'activité technique, dont l'existence est nécessaire en toute œuvre, même ratée, possède un sens beaucoup plus large et plus profond que celui d'un principe d'école ou d'une attitude de chapelle. Ce n'est pas un « pan-esthétisme » mais un « self-esthétisme ». Le beau cas médical résulte d'un savoir et d'une technique détendus par un jeu contemplatif. Le médecin réalise la stylisation spectaculaire de la maladie en jouant sur et avec sa technique.

L'esthétique du pathologique serait-elle le *dilettantisme* de la médecine ? Claude Saulnier a bien analysé le dilettantisme, dont il souligne la valeur subjective et ludique et qu'il intègre dans l'esthétisme. « Le dilettantisme écrit-il, est une attitude esthétique qui, prenant sa source dans une multiplicité de tendances hétérogènes, cultive

(1) Au point que l'attitude ludique esthétique peut se retrouver dans les actes considérés comme les plus sérieux de la vie, tels que le suicide, dont nous avons, dans un autre travail, tenté la psychologie. Une esthétique du suicide serait à écrire.

la dispersion sous les formes d'un polymorphisme et d'un polyfinalisme essentiels, afin d'éprouver le plaisir raffiné que procure une telle virtuosité, plaisir spectaculaire, demi-sceptique et ironique, et de se délecter soi-même en un égotisme fondamental. » (A, 48). Cela donnerait à croire que les médecins contemplateurs de la beauté morbide ne sont et ne peuvent être que des dilettantes. Ce serait inexact au double point de vue médical et esthétique. Médicalement, il s'agit souvent de médecins enthousiastes de leur art, pénétrés de son rôle, de sa gravité et même de son efficacité, agissant en thérapeutes convaincus ; ce ne sont donc pas des dilettantes de la médecine. Esthétiquement, la tendance ludique que nous avons reconnue comme essentielle ne répond pas nécessairement à une culture dispersive et polymorphe ; le jeu n'est pas stérile, mais créateur. L'esthétisme médical est donc plus que du dilettantisme ; il se trouve sur le chemin de la croyance s'il n'atteint pas toujours au credo naïvement absolu des âmes trop riches ou trop simples.

Si l'expérience médicale met en pleine lumière ce jeu technique, l'esthétisme technique ne lui appartient pas en exclusivité. En dehors des arts, on pourrait presque dire que toute technique suffisamment intellectualisée et complexe offrirait au technicien l'occasion d'une jouissance esthétique.

Nous fûmes précédé dans cette voie par des mathématiciens tels que Henri Poincaré, parlant du « sentiment de la beauté mathématique, de l'harmonie des nombres et des formes, de l'élégance géométrique », des « êtres mathématiques susceptibles de développer en nous une sorte d'émotion esthétique » (A, 57). L. Lichtenstein insista sans crainte sur la valeur esthétique des mathématiques aux yeux du vrai mathématicien « qui se laisse guider par des motifs esthétiques » (506). « Ce qui est important en mathématiques, c'est ce qui se trouve au nœud de plusieurs branches puissamment ramifiées ; ce sont les questions

qui, après résolution, feront mûrir des conséquences lointaines. Mais ce qui attache notre intérêt à l'ensemble de ces questions, c'est, en fin de compte, le sentiment du beau » (505). Par exemple, la beauté du théorème de Pythagore, de la théorie de Gallois, etc. Les formes graphiques des formules et des démonstrations possèdent aussi leur beauté. Nous ne doutons pas qu'une esthétique des mathématiques serait développable et de grand intérêt. Pour une fois, le médecin comprendrait sans peine le mathématicien, pourvu qu'ils fussent esthètes tous les deux !

Des esthétiques physico-chimique (1), mécanique voire artisanale (2) seraient aussi à décrire, et la comparaison de ces diverses conditions techniques serait certainement instructive. Cela marquerait sans doute le triomphe de l'aspect technique en esthétique. Qu'on nous comprenne bien. Nous ne mettons pas la beauté en tout à la manière des esthètes systématistes, nous n'affirmons nullement comme eux le primat du beau, mais notre étude nous porte à prévoir qu'il y a possiblement de la beauté dans toute mise en œuvre d'une technique intellectuelle ou matérielle assez complexe. La technique des arts, à laquelle M. Charles Lalo accorde avec raison la valeur proprement esthétique, et que H. Delacroix reconnaissait essentielle en disant de l'art qu'il supposait fabrication, ne suffit pourtant pas à délimiter le domaine du beau et doit s'inscrire dans l'ordre plus vaste de l'*esthétique des techniques*.

(1) La stéréo-chimie, avec son style et ses formules, offrirait tout particulièrement une matière et une forme à l'appréhension esthétique. La structure *organisée* de cette chimie n'y serait évidemment pas étrangère, sans qu'il soit besoin d'évoquer la vieille alchimie.

(2) Sans aller, avec Thomas de Quincey, jusqu'à considérer « l'assassinat comme un des beaux-arts » ! A moins d'en faire une technique à la manière allemande...

IV. — *De l'individuel au social*

L'élaboration contemplative du beau cas exprime un acte de conscience à la fois créateur et ludique, un instant cristallisé, sans qu'interviennent directement des impératifs collectifs. Le médecin rencontre et fabrique au hasard de sa capacité réactionnelle et de l'occasion objectale le beau cas ; pareille réussite esthétique dépend de lui-même, de son savoir, de sa technique, et non pas d'une norme sociale d'obligatoire référence.

Certes, le médecin se nourrit aux sapientes mamelles de la société, puisque la technique apprise par lui figure un savoir éminemment socialisé, puisque son éducation comporte une part plus ou moins artistique, donc socialisée. Mais ce savoir socialisé ne possède comme tel qu'une valeur technique ; quand il acquiert une valeur esthétique, c'est qu'il se trouve utilisé comme un instrument pour construire quelque chose à quoi il n'était pas destiné. La finalité psychologique de l'instrument diffère alors de sa finalité sociologique et s'y substitue. Instrument de science et d'utilité, il devient instrument de beauté par une sorte d'exploitation subjective ludique se produisant d'elle-même après une expérience médicale suffisante. Il n'y a pas seulement transfert de moyens, mais conversion de conscience. Quant à l'éducation artistique, nous avons déjà noté qu'elle n'était pas nécessaire ; son existence affine et enrichit la conscience médico-esthétique sans la conditionner. Les normes de l'art ne sont ni transposables ni valables dans le domaine médical, autre monde technique. Il faut renoncer aux assimilations faciles autant que fausses.

L'expérience médico-esthétique primaire, initiale est du ressort individuel et relève de la psychologie. Voilà le point important qu'il convient de souligner. Qu'il y ait un conditionnement social préalable et une socialisation secondaire marquant l'influence collective des milieux

médicaux, nous l'avons reconnu bien volontiers. Nous prédirons même que si l'esthétique du pathologique se développe dans la pensée médicale, elle se socialisera davantage et obéira sans doute à des normes collectives mieux définies. Le psychologisme n'en garderait pas moins le pas sur le sociologisme si l'on désirait à tout prix opposer deux points de vue qui gagnent au contraire à se compléter. C'est la réserve particulière que nous ferions, de notre étroite perspective médico-esthétique, au relativisme sociologique brillamment soutenu par M. Charles Lalo, tant il paraît difficile à une doctrine de contenter tout le monde... et les faits.

CONCLUSIONS

D'une expérience esthétique nouvelle, nous avons essayé de définir les caractères, de légitimer la valeur et de montrer l'intérêt en demeurant dans la perspective psychologique qui était la sienne originellement.

Expérience nouvelle par la singularité et de l'objet et des conditions du sujet, puisqu'il s'agit de la maladie et du médecin. Les rapports du médecin avec le malade et la maladie s'avèrent des plus complexes et leur étude approfondie serait sans doute riche d'enseignement. Aux facettes professionnelle, psychologique, morale, sociale, déjà plus ou moins connues, de la médecine doit s'ajouter la facette esthétique, dont nous avons soulevé le voile virginal qui jusqu'alors trop chastement la recouvrait aux yeux des médecins et plus encore des profanes.

Cette étude prouve, par les témoignages médicaux et l'analyse psychologique, l'existence au sens propre du terme — abstraction faite de toute métaphore — d'une *beauté du pathologique*, accessible au médecin, qui l'exprime dans la formule consacrée du « beau cas ». L'aspect de prime abord étrange et paradoxal d'une pareille thèse, qui choque un certain nombre de préjugés toujours vivaces, s'efface et disparaît dès qu'on l'a bien comprise. Il y a pour le médecin des beaux cas comme il y a pour le peintre des beaux tableaux, pour le musicien des belles symphonies, pour l'écrivain des beaux poèmes.

Très variés, les *beaux cas* concernent des symptômes, des syndromes, des maladies ; des états fixes et des états évolutifs ; des formes guérissantes et des formes agoni-

santes, des corps vivants et des tissus morts ; des reproductions plastiques, photographiques, littéraires, artistiques ou non, de lésions et d'affections morbides, des phénomènes les plus grossièrement morphologiques aux phénomènes les plus finement psychologiques. Les beaux cas constellent tout le firmament médical et brillent d'un éclat de grandeur variable selon les signes du zodiaque esthétique. Réguliers et typiques ou exceptionnels et atypiques, ils restent toujours rares par rapport à un genre donné, et se détachent aisément sur le fond terne et commun des cas ordinaires, esthétiquement neutres, quotidienne nourriture du médecin. Ils se distinguent des cas laids, dont s'affirme la valeur positive, la laideur devant être tenue pour une catégorie esthétique. Les beaux cas se nuancent et, en dehors des circonstances extrinsèques tenant à la situation du malade, sont qualifiables de grandioses, sublimes, tragiques, jolis, gracieux, voire dramatiques, spirituels, comiques sous certaines réserves. Leurs formes perceptives sont d'ordre habituellement visuel et auditif, comme dans les arts, mais peuvent être à l'occasion d'ordre tactile ou même olfactif.

Le beau cas médical exprime une double *valeur*. En premier lieu une valeur biologique, car la maladie, subie par le malade ou conçue par le médecin, répond à un concept essentiellement qualitatif et positif. Le jugement de réalité se combine ici à un jugement de valeur par lequel le phénomène constaté est qualifié de morbide. En second lieu, une valeur esthétique qui confère la beauté par transmutation de la valeur biologique, conversion de la conscience. Tout le problème réside en ce dernier processus.

De l'attitude technique à l'attitude esthétique le passage s'opère par détente *contemplative* et *ludique* coexistant avec le minimum de tension nécessaire à la maintenance de l'objet médical, construit avec le perçu, avec le savoir technique et avec l'imaginaire, véritable œuvre de

création. Cette œuvre est appréhendée globalement par l'*intuition médico-esthétique*, qui n'a rien de tellement mystérieux et répond simplement à la prise de conscience objectale. Elle implique un désintérêt pragmatique et scientifique par excès d'intérêt contemplatif polarisant la conscience. La conscience est pleine de l'objet qu'elle a construit et dont elle maintient activement le fragile édifice de sorte que les notions de sympathie, de projection, de passivité ne sont plus applicables. Il s'agit d'une attitude globale de la personnalité et d'une extrême pointe de la conscience, non d'une synthèse d'éléments hétéroclites ni d'une pensée inconsciente.

La structure *intellectuelle* et *technique* de cette conscience mérite d'être fermement soulignée, d'autant plus que certaines tendances modernes méprisent un peu trop cet aspect capital de l'homme concret. On a le droit de parler d'une conscience esthétique ayant une fonction dans l'activité psychique, et précisément une fonction de *jeu*. Ce que nous avons appelé le ludisme esthétique, la forme supérieure grave, adulte et technique du jeu. Du moins est-ce ce que nous avons constaté au cours de notre étude. Serions-nous autorisé à généraliser ? L'essentiel de la conscience esthétique ne change pas quel qu'en soit l'objet. Ce point doit avoir une portée générale.

Certes, la conscience esthétique se trouve soumise à un ensemble de conditions et de vicissitudes. Tout le monde n'est pas doué des mêmes capacité et réactivité esthétiques, ni de la même capacité ludique. La moitié des médecins consultés n'éprouvaient pas le sentiment de la beauté de la maladie. Parfois la conscience technique apparaît d'une telle stabilité qu'elle empêche le virage esthétique ; ou encore la conscience morale attache trop au malade pour permettre la fixation contemplative à la maladie. Le savoir médical représente la condition *sine qua non* de l'aventure médico-esthétique ; il faut être médecin et avoir acquis la technique et l'esprit médicaux pour

pouvoir jouir esthétiquement de la maladie en tant que telle. Cette conscience médicale intervient d'ailleurs dans le domaine des arts où elle permet une critique des œuvres au détriment des autres et de l'illusion artistique. Les groupements médicaux, la spécialisation et la mode médicales influent sur le choix et le genre des beaux cas, non sur la conscience médico-esthétique même. Quant à l'éducation artistique proprement dite, elle ne semble pas avoir d'influence directe.

La perspective médicale offre ici l'avantage de bien mettre en évidence tout le travail intime, délicat et constant de la pensée exprimable dans le double processus de *conversion* de la *conscience* et de *transmutation* des *valeurs*. Nous avons vu le passage de la conscience technique et de la valeur biologique à la conscience et à la valeur esthétiques ; la neutralisation de la conscience utilitaire ou morale par la conscience esthétique, et inversement ; l'inhibition du rire par la conscience technique ou esthétique ; le jeu kaléidoscopique des valeurs témoignant de la labilité, de la souplesse des attitudes de la conscience qui sont la manière de sentir et de penser de l'homme.

L'état esthétique représente l'une de ces attitudes et l'une de ces valeurs qui comptent parmi les plus fines et les plus dégagées des contingences matérielles, tout au moins chez ceux dont le souci n'est pas de les exploiter utilitairement. Si l'on s'en réfère à l'analyse antérieure, son noyau réside en la *psychologie individuelle*, concrète, enrobé de tout le social et même de toute la métaphysique que l'on veut, pourvu que l'on reconnaisse sa nature originelle et originale, résultat de la différenciation progressive de la pensée humaine.

L'esthétique du pathologique, nouvelle venue peut-être appelée à prospérer, appartient au vaste cadre de l'*Esthétique des techniques* qui devrait être constituée non seulement par les différents arts, mais aussi par les diverses disciplines spéculatives et artisanales (mathématiques,

médecine, mécanique, etc.) suffisamment complexes et intellectualisées pour fournir aux techniciens correspondants des satisfactions esthétiques. La comparaison des résultats obtenus serait sans doute profitable et ramènerait maints esthéticiens vers des régions moins éthérées et des doctrines moins nébuleuses, s'il est vrai qu'un effort scientifique soit possible et désirable — ce que l'on pourrait contester — en Esthétique.

BIBLIOGRAPHIE

ADLER (Alfred). *Le Tempérament nerveux.* Trad. ROUSSEL. Payot, 1926.

ADNES (André). *Shakespeare et la folie.* Maloine, 1936.

ALAIN. A) *Système des Beaux-Arts.* N. R. F., 1920.

— B) *Vingt leçons sur les Beaux-Arts.* Gallimard, 1931.

ANTHONY (R). A propos des conditions du comique et des causes psychologiques du rire. *Journal de Psychologie norm. et pathol.*, 1920, p. 931.

ARÉTÉE DE CAPPADOCE. *Traité des signes et des causes des maladies aiguës et chroniques.* Traduit du grec par L. RENAUD, Lagny, 1934.

ARREAT. *La Psychologie du peintre.* Alcan, 1892.

BACHELARD (G.). A) *La Psychanalyse du feu.* Gallimard, 1940.

— B) *La Philosophie du non. Essai d'une philosophie du nouvel esprit scientifique.* Presses Universitaires, 1940.

BALDWIN (James Mark). A) *Théorie génétique de la réalité ; le pancalisme.* Trad. PHILIPPI, 1918.

— B) *Dictionary of philosophy and psychology.* New-York, 1928.

BASCH (Victor). A) *Essai critique sur l'esthétique de Kant,* 1927.

— B) *Essais d'Esthétique, de Philosophie et de Littérature,* 1934.

BAUDELAIRE (Charles). *Les Fleurs du Mal.*

BAUDOIN (Charles). A) *Psychanalyse de l'Art.* Alcan, 1929.

— B) *Psychanalyse de Victor Hugo.* Édit. du Mont-Blanc, Genève, 1943.

BAYER (Raymond). A) *L'Esthétique de la Grâce.* Alcan, 1933.

— B) La signification psychologique des modalités du Beau. *Journal de Psychologie norm. et pathol.*, 1935, p. 420.

— C) L'Esthétique de Bergson. *Revue Philosophique,* 1941, p. 244.

BECLARD (Jules). *Éloge de Trousseau.* Académie impériale de Médecine, 11 janvier 1870.

BELOT (G.). Esquisse d'une généalogie des catégories esthétiques. *Journal de Psychologie norm. et pathol.*, 1921, p. 495.

BERCOVICI (Lazare). Dostoïewski, étude de psycho-pathologie. *Thèse de Médecine,* Paris, 1933.

BERGSON (Henri). B) *L'Évolution créatrice.* Alcan, 1930.

— C) *La Pensée et le Mouvant.* Alcan, 1934.

Bischler (W.). Le rôle des zones érogènes dans la genèse du talent artistique. *Revue Française de Psychanalyse*, 1933, p. 475.

Blondel (Charles). A) *La Conscience morbide*. Alcan, 1914.

— B) Psychologie pathologique et sociologie. *Journal de Psychologie norm. et pathol.*, 1925, p. 232.

Boda (E. de). Pour la solution du problème psychologique du génie. *Journal de Psychologie norm. et pathol.*, 1934, p. 635.

Boisseau (E.). Article Maladie *in Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, 2e série, t. IV, Masson, 1876.

Bonaparte (Marie). *Edgar Poë*, 1933.

Bouglé (C.). *Leçons de sociologie sur l'évolution des valeurs*. Colin, 1929.

Bourget (Paul). *Préface à la Pathologie de l'Imagination et de l'Émotivité d'E. Dupré*. Payot, 1925.

Boven (W.). *La Science du caractère*. Delachaux & Niestlé, 1931.

Bray (Lucien). *Du Beau. Essai sur l'origine et l'évolution du sentiment esthétique*. Alcan, 1902.

Brodier (L.). *J.-L. Alibert, médecin de l'hôpital Saint-Louis*. Maloine, 1923.

Brunschwicg (Léon). *Les Étapes de la philosophie mathématique*. Alcan, 1912.

Camuset (Georges). *Les Sonnets du Docteur*, 1893.

Cathelin (F.). *Atlas de cinquante aquarelles urinaires*, 1927.

Chaume. *Chronique médicale*, 15 nov. 1900.

Chavigny (Paul). *Psychologie des études médicales et des aptitudes médicales*.

Cruchet (René). *De la méthode en médecine*. Presses Universitaires, 1942.

Cruveilhier (Jean). *Atlas d'anatomie pathologique*, 1838.

Cuénot (L.). *Invention et finalité en biologie*. Flammarion, 1941.

Dalbiez (Roland). *La Méthode psychanalytique et la doctrine freudienne*. Desclée de Brouwer, 1936.

Dartigues. *Faisceau scientifique*. Doin, 1935.

Dechambre (A.). *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*. Asselin & Masson, 1825-1879.

Delage (Yves). Sur la nature du comique. *Revue du mois*, 10 août 1919.

Delacroix (Henri). A) *Psychologie de l'Art*. Alcan, 1927.

— B) Les sentiments esthétiques et l'art, *in Nouveau Traité de Psychologie* de G. Dumas, t. VI.

Delbet (Pierre). Sciences médicales, *in De la Méthode dans les Sciences*, 1re série. Alcan, 1928.

Delore (Pierre). *Introduction à la médecine de l'homme en santé et de l'homme malade*. Masson, 1944.

Deshaies (Gabriel). *Psychologie du suicide.* Presses Universitaires, 1946.

Dieulafoy (Georges). *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.* Masson, 1898-1910.

Duhamel (Georges). *La Confession de minuit.*

Dostoïewski (F. M.). *Œuvres.*

Dumas (Georges). *Nouveau Traité de Psychologie.* Alcan, 1930-1939.

Dumesnil-Flaubert. *Thèse de Médecine.* Paris, 1905.

Dupréel (Eugène). A) Le problème sociologique du rire. *Revue Philosophique,* 1928, p. 213.

— B) *Esquisse d'une philosophie des valeurs.* Alcan, 1939.

Ey (Henri). *La Psychopathologie de Pierre Janet et la conception dynamique de la psychiatrie.*

Ey (Henri) et Rouart (Julien). Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuro-psychiatrie. *Encéphale,* 1936.

Faure (Jean-Louis). *En marge de la chirurgie.* Les Arts et le Livre, 1927.

Feldman (Valentin). A) *Esthétique française contemporaine,* 1936.

— B) Les structures formelles de la laideur et le problème du fantastique. *Journal de Psychologie norm. et pathol.,* 1938, p. 197.

Filliozat (Jean). *Magie et Médecine.* Presses Universitaires, 1943.

Focillon (Henri). *Vie des formes.* Alcan, 1939.

Fretet (Jean). *L'Aliénation poétique.* Janin, 1946.

Freud (Sigmund). A) *Introduction à la Psychanalyse.*

— B) Le Moïse de Michel-Ange. Trad. Mme Édouard Marty, *Revue française de Psychanalyse,* 1927, p. 120.

— C) Le choix des trois coffrets. Trad. Mme Édouard Marty, *Revue française de Psychanalyse,* 1927, p. 549.

— D) Cinq psychanalyses. Trad. Marie Bonaparte et Loewenstein. Denoël & Steele 1935.

— E) *Mot d'esprit et rapports avec l'inconscient.*

Frois-Wittmann (Jean). Considérations psychanalytiques sur l'art moderne. *Revue française de Psychanalyse,* 1929-30, p. 355.

Garma. Essai de psychanalyse d'Arthur Rimbaud. *Revue française de Psychanalyse,* n° 3, 1938.

Gaultier (Jules de). A) *Le Bovarysme.* Mercure de France, 1921.

— B) *L'Esthétique de l'action.*

Gautier (Théophile). *Préface de Mademoiselle de Maupin.*

Gelma (E.). Au sujet du délire. *Journal de Psychologie norm. et pathol.,* 1938, p. 287.

Germain (Paul). La musique et la psychanalyse. *Revue française de Psychanalyse,* 1929-30, p. 355.

Goblot (Édmond). A) *Le Système des sciences.* Colin, 1922.

— B) *Traité de Logique.* Colin, 1929.

GOLDSTEIN (Kurt). *Der Aufbau des Organismus.* La Haye, 1934.
GRIVEAU (Maurice). *Les éléments du beau. Analyse et synthèse des faits esthétiques d'après les documents du langage.* Alcan, 1892.
GROOS (Karl). *Les Jeux des animaux.* Trad. DIRR et GEHNEP. Alcan, 1894.
GROSSE (E.). *Les Débuts de l'art.* Alcan, 1902.
GUASTALLA (Pierre). *L'Esthétique et l'art.* Vrin, 1928.
GUILLAUME (Paul). *La Psychologie de la forme.* Flammarion, 1937.
GURWITSCH (Aron). Le fonctionnement de l'organisme d'après K. Goldstein. *Journal de Psychologie norm. et pathol.*, 1939, p. 107.
GUYAU (J.-M.). A) *Les Problèmes de l'esthétique contemporaine.* Alcan, 1929.
— B) *L'Art au point de vue sociologique.* Alcan, 1890.
HALBWACHS (Maurice). La mémoire collective chez les musiciens. *Revue Philosophique*, 1939, p. 136.
HEGEL (F.). *Esthétique.* Trad. BENARD, 1875.
HIPPOCRATE. *Œuvres complètes.* Trad. LITTRÉ. Baillière, 1844.
HIRTH (Georges). *Physiologie de l'Art.* Alcan, 1892.
HOFFMANN (E. T. W.). *Contes fantastiques.*
JAMES (William). *Le Pragmatisme.* Trad. E. LE BRUN. Flammarion, 1929.
JANET (Pierre). A) *Obsessions et psychasthénie.* Alcan, 1903.
— B) *Force et faiblesse psychologiques*, 1932.
— C) Le délire de persécution. *Journal de Psychologie norm. et pathol.*, 1932.
JANTET (Léon). De quoi et pourquoi rit-on ? Psychologie du rire. *Revue Philosophique*, 1944, p. 132.
JASPERS (K.). *Psychopathologie générale.* Trad. KASTLER et MENDOUSSE. Alcan, 1928.
JEAN (Pierre). *La Psychologie organique.* Corréa, 1937.
JOUFFROY. *Cours d'esthétique.* Hachette, 1843.
JUNG (C.). *L'Inconscient dans la vie psychique normale et anormale.* Trad. GRANDJEAN-BAYARD. Payot, 1928.
KANT (Emmanuel). *Critique du jugement.*
KŒHLER (W.). *L'Intelligence des singes supérieurs.* Trad. GUILLAUME, 1931.
KONRAD (Hedwig). *Étude sur la métaphore.* Vrin, 1939.
KORNFELD (Michel). *L'Énigme du beau.* Presses Universitaires, 1942.
KRETSCHMER (E.). *La Structure du corps et le caractère.* Trad. JANKÉLÉVITCH. Payot, 1930.
KRONFELD (Arthur). *Der künstlerische gestaltungsvorgang in psychiatrischer Belenchtung, in zeitschrift für Aesthetick*, vol. XIX, p. 178.

LAFORGUE (René). *L'Échec de Baudelaire*, 1931.

LAIGNEL-LAVASTINE (Maxime). *Histoire générale de la médecine, de la pharmacie, de l'art dentaire et de l'art vétérinaire.* Albin Michel, 1936-1938.

LALANDE (André). A) Logique normative et vérité de fait. *Revue Philosophique*, 1929, p. 161.

— B) *Les Illusions évolutionnistes.* Alcan, 1930.

— C) *Vocabulaire technique et critique de la philosophie.* Alcan, 1932.

LALO (Charles). A) *Esquisse d'une esthétique musicale scientifique.* Alcan, 1908.

— B) *L'Esthétique expérimentale contemporaine.* Alcan, 1908.

— C) Les sens esthétiques. *Revue Philosophique*, 1908, I, p. 449 et 577.

— D) *Les Sentiments esthétiques.* Alcan, 1910.

— E) *Introduction à l'Esthétique.* Colin, 1912.

— F) *L'Art et la vie sociale.* Doin, 1921.

— G) *Notions d'Esthétique.* Alcan, 1927.

— H) *L'Expression de la vie dans l'art.* Alcan, 1933.

— I) *L'Art et la morale.* Alcan, 1934.

— J) *L'Art loin de la vie.* Vrin, 1939.

LARK-HOROWITZ. On art appreciation of children. *J. educ. research*, 1937, p. 209 et 572.

LASÈGUE (Charles). *Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve.* Archives générales de Médecine, nov. 1881.

LASTIC (DE). La pathologie mentale dans les œuvres de Flaubert. *Thèse de Médecine*, Paris, 1906.

LE DANTEC (Félix). A) *La Science de la vie.* Flammarion, 1920.

— B) *La « Mécanique » de la vie.* Flammarion, 1924.

LEFÈVRE (J.). *Manuel critique de Biologie.* Masson, 1938.

LEIBNIZ. *Œuvres philosophiques.* Ladrange, 1866.

LEPINAY (L.). L'action des influences psychiques en médecine vétérinaire. *Revue de Pathologie comparée et d'Hygiène générale*, 1925.

LERICHE (René). A) *La Chirurgie de la douleur.* Masson, 1940.

— B) Du travail de recherche en chirurgie et de ses conditions. *Progrès médical*, 24 janvier et 10 février 1944.

LE SENNE (René). *Le Mensonge et le caractère.* Alcan, 1930.

LEVÊQUE (Charles). *La Science du Beau.* Durand, 1861.

LICHTENSTEIN (L.). Réflexions sur l'esthétique des mathématiques. *Journal de Psychologie norm. et pathol.*, 1933, p. 497.

LITTRÉ (Émile). *Dictionnaire de la langue française.* Hachette, 1875.

LŒPER (Maurice). De l'observation minutieuse à la spécificité chimique en séméiologie. Leçon inaugurale du cours de clinique médicale. *Le Progrès médical*, 11 décembre 1935.

LUMIÈRE (Auguste). *La Vie, la maladie et la mort.* Masson, 1928.

Mac Auliffe (Léon). *La Personnalité et l'hérédité.* Legrand, 1932.
Manilowski (Bronislas). *La Vie sexuelle des sauvages du nord-ouest de la Mélanésie.* Trad. Jankélévitch. Payot, 1930.
Marguery (E.). *L'Œuvre d'art.* Alcan, 1929.
Maupassant (Guy). *Œuvres.*
Meunier (L.). *Histoire de la Médecine.* Le François, 1924.
Meyerson (Émile). *Le Cheminement de la pensée.* Alcan, 1938.
Mignard (M.). Les états de satisfaction dans la démence et l'idiotie. *Thèse de Médecine,* Paris, 1909.
Mondor (Henri). *Diagnostics urgents. Abdomen.* Masson, 1940.
Monod-Herzen. *Science et esthétique,* 1935.
Morris (B.). Du laid. *Revue Philosophique,* 1941, p. 22.
Nietzsche. A) *La Volonté de puissance.*
— B) *Ainsi parlait Zarathoustra,* 1901.
Pasteur-Vallery-Radot. *Les Belles pages de Pasteur,* 1941.
Paulhan (F.). A) Le sens du rire. *Revue Philosophique,* 1931, p. 5.
— B) *Le Mensonge de l'art.* Alcan, 1907.
Picard (Jacques). *Essai sur les conditions positives de l'invention dans les sciences.* Alcan, 1928.
Pinoteau (Roger). Les expressions morbides des émotions dans la Neurologie et dans l'Art. *Thèse de Médecine,* Paris, 1937.
Platon. *Œuvres.*
Poë (Edgar). *Œuvres.*
Poincaré (Henri). A) *Sciences et méthode.* Flammarion, 1922.
— B) *La Science et l'hypothèse.*
Poyer (Georges). *Les Problèmes généraux de l'hérédité psychologique.* Alcan, 1921.
Rabaud (Étienne). *Éléments de Biologie générale.* Alcan, 1928.
Rank (Otto). *La Volonté du bonheur.* Trad. Le Lay. Stock, 1934.
Ribot (Théodule). A) *L'Imagination créatrice.* Alcan.
— B) *La Psychologie des sentiments.* Alcan, 1925.
— C) *L'Hérédité psychologique.* Alcan, 1925.
Richer (Paul). *L'Art et la Médecine.* Gaultier, 1901.
Rignano (E). A) La vie dans son aspect finaliste. *Revue Philosophique,* 1926, p. 190.
— B) Le concept de fin en biologie. *Revue Philosophique,* 1930, p. 5.
Roger (G.-H.). *Introduction à l'étude de la médecine.* Masson, 1918.
Rosenkranz. *Aesthetik des Hässlichen.* Kœnigsberg, 1853.
Ruskin. *Les Sept lampes de l'architecture.*
Rusu Liviu. *Essai sur la création artistique comme révélation du sens de l'existence.* Alcan, 1935.
Sartre (Jean-Paul). A) *L'Imagination.* Alcan, 1936.
— B) *L'Imaginaire.* Gallimard, 1940.

SAULNIER (Claude). A) *Le Dilettantisme.* Vrin, 1940.
— B) *Le Sens du comique.* Vrin, 1940.
SCHONFELD. Priapisme causé par la sirène d'alarme. *Dermatologische Wochenschrift,* 27 février 1943. C. R. *in Presse Médicale,* 11 septembre 1943.
SCHOPENHAUER (Arthur). A) *Le Monde comme volonté et représentation.* Alcan, 1909.
— B) *Métaphysique et esthétique.*
SÉAILLES (Gabriel). *Le Génie dans l'art.*
SEGOND (J.). *L'Esthétique du sentiment.* Boivin, 1927.
SIGAUD (Claude) et VINCENT (Léon). *Les Origines de la maladie.* Maloine, 1906.
SIGOGNEAU (Albert). Quelques mécanismes psychologiques présidant à l'activité esthétique (à propos de Rodin). *Thèse de Médecine,* Bordeaux, 1932.
SIZERANNE (Robert DE LA). *Ruskin. Pages choisies.* Hachette, 1908.
SOURIAU (Paul). *La Suggestion dans l'art.* Alcan, 1909.
SOURIAU (Étienne). A) *L'Abstraction sentimentale.* Hachette, 1925.
— B) *L'Avenir de l'esthétique. Essai sur l'objet d'une science naissante.* Alcan, 1929.
— C) Art et vérité. *Revue Philosophique,* 1933, I, p. 161.
SULLY (J.). *Essai sur le rire, ses formes, ses causes, son développement et sa valeur.* Trad. TERRIER, 1904.
SULLY-PRUDHOMME. *L'Expression dans les Beaux-Arts.* Lemerre, 1898.
SYDENHAM (Thomas). *Médecine pratique.* Trad. A.-F. JAULT. Delahays, 1855.
TAINE (H.). *Philosophie de l'Art.* Hachette, 1901.
TECHOUEYRE (M.-E.). A) L'erreur des antagonismes. *Biologie médicale,* 1935, p. 734.
— B) Essai méthodologique sur l'élaboration des faits, doctrines et pratiques de la médecine. *Revue Philosophique,* 1933, p. 382.
TOLSTOÏ (L.). *Qu'est-ce que l'art ?* Ollendorff, 1898.
TROUSSEAU (A.). *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.* Baillière, 1877.
VALENTINE (C.-W.). La psychologie génétique du rire. *Journal de Psychologie norm. et pathol.,* 1936, p. 671.
VALÉRY (Paul). *Variétés. Eupalinos.* N. R. F., 1924.
VASCHIDE (N.) et VURPAS (Cl.). De l'excitation sexuelle dans l'émotion musicale. *Archives d'Anthropologie criminelle,* 1904, p. 370.
VILLEY (Pierre). *Le Monde des aveugles.* Flammarion, 1913.
VINCHON (Jean). *L'Art et la Folie.* Stock, 1924.
VOLKELT (J.). *Aestetick.* Beck, 1925.
VU-NGOC-HUYNH. Le laquage des dents en Indo-Chine. *Thèse de Médecine,* Hanoï, 1937.
WALLON (Henri). *De l'acte à la pensée.* Flammarion, 1942.

Vu : le 18 septembre 1945,

Le Doyen de la Faculté des Lettres
de l'Université de Paris,
A. Cholley.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. Roussy.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction : Les quatre sortes d'esthétique du pathologique..... 1

Chapitre Premier

Le beau cas médical

§ 1. Qu'est-ce qu'un « beau cas » ? 7
I. — Beauté et santé.
II. — Sens figurés et propre du beau cas.
III. — Referendum médical.

§ 2. Les beaux cas naturels 12
I. — Dans la nature vivante.
II. — Dans la nature morte.

§ 3. Les beaux cas figurés..... 19
I. — Dans la plastique.
II. — Dans la littérature médicale.

§ 4. Les beaux cas dans l'Art 28
I. — Œuvres des malades.
II. — Œuvres des artistes sains.

Chapitre II

La notion de pathologique

§ 1. Psychologie et Méthodologie 34
I. — Médecine et philosophie.
II. — Médecine et biologie.

§ 2. L'état morbide 35
I. — Conscience de la maladie chez le malade.
II. — Conscience de la maladie chez le médecin.
III. — De la notion de fonction.

§ 3. Les concepts 43
I. — Concept quantitatif et statistique.
II. — Concept qualitatif négatif.
III. — Concept qualitatif positif en médecine physique et en médecine mentale.

1947. — Imprimerie des Presses Universitaires de France. — Vendôme (France)
ÉDIT. N° 21147 IMP. N° 10944